This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
N34 .N76 1872
Die latente Gonorrhoe im weiblichen Gesc
STOR
24503431776

DIE

LATENTE GONORRHOE

IM

WEIBLICHEN GESCHLECHT.

VON

Dr. EMIL NOEGGERATH

IN NEW-YORK.

BONN

VERLAG VON MAX COHEN & SOHN.

1872.

N34
N76
1872

LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

DIE

LATENTE GONORRHOE

IM WEIBLICHEN GESCHLECHT.

DIE

LATENTE GONORRHOE

IM

WEIBLICHEN GESCHLECHT.

VON

Dr. EMIL NOEGGERATH

IN NEW YORK.

LANE MEDICAL LIBRARY
15353
SAN FRANCISCO

BONN

VERLAG VON MAX COHEN & SOHN.

1872.

HW

LANE LIBRARY

Das Recht der Uebersetzung in fremde Sprachen behält sich die Verlagshandlung vor.

N34
N76
1872

HERRN

MED. DOCTOR FRIEDRICH ZINSSER

ALS ZEICHEN DER FREUNDSCHAFT UND HOCHACHTUNG

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

VORWORT.

Ich habe lange gezögert, mit der Besprechung der vorliegenden Frage an das ärztliche Publikum heranzutreten, obschon die Ueberzeugung der Wahrheit der hier proponirten Sätze schon seit nahezu zehn Jahren bei mir zum Bewusstsein gekommen ist.

Das Gewebe, welches hier zur Prüfung vorliegt, habe ich versucht derb und haltbar zu machen, dadurch, dass ich die einzelnen Fäden nicht zu sparsam, in passender Weise so ineinander gewunden, dass jeder einzelne zur Solidificirung des Ganzen beiträgt. Ich hätte gewünscht, der Arbeit durch fortgesetzte Beobachtung, wo möglich die doppelte Anzahl von Fällen beifügen zu können, da zur Beweisführung, bis jetzt, wie aus dem Folgenden sich ergeben wird, nur eine grosse Masse von gleichlautenden Krankheitsgeschichten, das nöthige Material liefern kann.

Wenn es für den Arzt, welcher inmitten einer ausgedehnten praktischen Thätigkeit lebt, überhaupt schwierig ist, mit der nöthigen Ruhe seine praktischen Erfahrungen in solcher Weise in die Oeffentlichkeit zu bringen, dass sie den Charakter des Fertigen und Vollkommenen an sich tragen, so betrifft diese Schwierigkeit uns, die Angesiedelten in der neuen Welt, desshalb doppelt, weil zu den Anstrengungen, welche das tägliche Leben uns bringt, noch die Nachtheile eines erschlaffenden Klima's hinzutreten. Es ist das der Grund, wesshalb überhaupt die amerikanische Literatur auf unserm Gebiete, sich hauptsächlich auf kurze Journalartikel, oder auf Abhandlungen

beschränkt, welche dazu bestimmt sind, in einer der vielen medizinischen Associationen zum Vortrage und zur Diskussion zu gelangen. Denn bei dem Mangel an wissenschaftlichen Instituten, welche vom Staate aus unterhalten werden, ist ein Jeder gezwungen, mit Anspannung aller ihm zu Gebote stehenden Kräfte, sich eine Existenz zu gründen und zu erhalten.

Unter diesen Umständen konnte ich nur ein Paar kurze Wochen von der Zeit, welche eigentlich der Erholung gewidmet war, zur Ausarbeitung der Monographie verwenden, wo ebenso viele Monate nöthig gewesen wären, um das zu liefern, was ich beabsichtigte. Dies mag zur Entschuldigung dienen, wenn Manches nur angedeutet, was einer weitern Ausarbeitung bedürfte, wenn die Form des Ganzen, der Styl nicht die Vollendung zeigt, welche bei wiederholter Durcharbeitung hätte erreicht werden können.

Dr. Emil Noeggerath.

Einleitung und Begriffsbestimmung.

Die hier zum ersten Male dem ärztlichen Publikum mitgetheilten Beobachtungen haben zum Zweck eine dem weiblichen Geschlechte eigenthümliche Krankheitsgruppe in ihren charakteristischen Merkmalen zu schildern, und zu beweisen, dass gewisse Erscheinungen an den Geschlechtsorganen, welche bisher separat betrachtet und abgehandelt worden sind, eine gemeinschaftliche Basis besitzen, auf der sie sammt und sonders wurzeln.

Und zwar habe ich für letztere den Namen „Latente Gonorrhoe“ deshalb gewählt, weil dieselbe Wochen, Monate, Jahre lang bei der davon Betroffenen vorhanden sein kann, ehe dieselbe durch irgend eins der, durch sie hervorgerufenen, und für den Zustand charakteristischen Phänomene, ins Dasein tritt. Ich hätte zwar mit gleicher Berechtigung den Titel wählen können: Ueber latente Gonorrhoe des männlichen Geschlechts in ihrer Einwirkung auf den weiblichen Organismus Da ich aber nur Gynäkologe bin und nicht genug Gelegenheit habe, Gonorrhoe und deren Folgen bei Männern zu sehen, so muss ich die Bearbeitung dieses, so zu sagen, supplementären Werkes, einem der Herrn Syphilidologen überlassen. Es ist ganz natürlich, dass zuerst ein Frauenarzt die hier zu beleuchtende Frage zur Beobachtung und Diskussion aufgenommen, da, wie aus dem Folgenden sich ergeben wird, die Erscheinungen beim Manne, viel häufiger, ja als Regel, nach einmal abgelaufenem Tripper, für das ganze Leben, trotz seines Fortbestehens, latent bleiben, während sehr wenige Frauen, welche an der Krankheit leiden, nicht zu einer oder der andern Zeit ihres Lebens tief daran zu leiden haben.

Ich habe mir also vorgenommen, zu zeigen, dass die Frau eines jeden Mannes, der zu irgend einer Zeit seines Lebens vor der Hei-

rath eine Gonorrhoe gehabt, mit sehr wenigen Ausnahmen an latenter Gonorrhoe erkrankt, welche früher oder später ihre Existenz durch irgend eins der zu schildernden Krankheitsbilder zur Schau trägt. Der Grund, wesshalb dieses Faktum bisher nicht in dieser radikalen Weise zur Diskussion gebracht, liegt in mehreren Umständen begründet. Erstens haben wir Aerzte bisher geglaubt, dass eine Gonorrhoe bei einem Manne, nachdem sie einmal aufgehört irgend ein Zeichen ihrer Existenz, als da sind, gelegentliches Feuchtwerden oder Ankleben der Harnröhrrung, Kitzeln daselbst, Beschwerden beim Uriniren, von sich zu geben, auch wirklich geheilt sei. Es ist das aber in der allergrössten Mehrzahl nicht der Fall, und ich glaube nicht zu weit zu gehen, wenn ich behaupte, dass 90% Tripper ungeheilt bleiben. Wenigstens sind von 100 Weibern, welche Männer mit abgelaufener Gonorrhoe geheirathet, kaum 10 gesund, die andern leiden an einer der Erkrankungen, welche zu schildern die Aufgabe dieser Schrift ist. Und von dem verschont gebliebenen Zehntel können wir sicher annehmen, dass bei Einer oder der Andern durch irgend eine Gelegenheitsursache das bisher verborgene Leiden früher oder später zur Explosion kommt.

Nicht nur glaubt aber die ärztliche Welt, dass ein sogen. geheilter Tripper wirklich geheilt sei, sondern ist sogar der Ansicht, dass ein Mann, der einen Nachtripper habe, seine Frau nicht anstecken könne. Es ist Gebrauch heutigen Tages bei den bestunterrichteten Aerzten (Nicht-Spezialisten), einem Manne, der gelegentlich noch Verklebung an der Harnröhrenöffnung und Anfeuchten seiner Wäsche, als beaux restes einer gonorrhoea secundaria hat, das Heirathen zu gestatten. Doch selbst höchste Autoritäten, wie Prof. Dr. A. Geigel, erlauben die Cohabitation mit der Neuvermählten bei bestehendem Nachtripper, sobald das Sekret der Harnröhre vollkommen hell erscheint (wörtlich: „gestattet Cohabitation nicht, so lange das Sekret nicht vollkommen hell erscheint").

Es ist also bisher weder die Existenz einer latenten Gonorrhoe beim Manne von den Spezialisten anerkannt, noch wird es zugegeben, dass ein Tripper in jedem Stadium seiner Existenz selbst lange nachdem er versiecht erscheint, Ansteckung bei der Frau hervorzurufen im Stande ist.

Es ist dieses scheinbare Versiechen und zwar häufig nach exquisit typischem Verlaufe, welches verhinderte, dass man sich Monate, oder Jahre lang hinterher erkundigte, sei es durch genaue

Erörterung der Vorkommnisse in Bezug auf das eheliche Leben, sei es durch Untersuchung mit passenden Instrumenten, ob denn wirklich die Gonorrhoe geheilt sei. Ich sage mit passenden Instrumenten, denn wenn, wie ich zu sehen Gelegenheit gehabt, ein Spezialist mit seiner Sonde eine Striktur nicht auffindet, während der andere sie mit einem rationeller geformten Instrumente zu demonstriren im Stande ist, so liegt die Schwierigkeit nicht in dem Umstande allein, dass einfach das Faktum der Abwesenheit von Symptomen für Garantie der Heilung genommen wird.

Warum endlich bisher selbst von den Gynäkologen die Sache nicht zur Sprache gebracht worden ist, liegt meiner Ansicht nach theilweise darin begründet, dass die Manifestation der latenten Gonorrhoe fast bei jeder Frau einen verschiedenen Charakter zur Schau trägt, und theilweise darin, dass viele Fälle so schleichend und mit so wenig nachweisbaren Veränderungen einherlaufen, dass es überaus schwer ist, eine Diagnose zu stellen.

Endlich fehlt bis jetzt ein sogenannter direkter Beweis. Wenn es überhaupt schon constatirt wäre, an welche Formelemente das Trippercontagium ausschliesslich gebunden wäre, wenn es erwiesen wäre, dass Eiterkörperchen und nur Eiterkörperchen die Uebertragung vermittelten, so würden in den Sekreten der Frau, durch sorgfältige mikroskopische Untersuchungen, vielleicht Elemente sich auffinden lassen, welche über die Entstehung der Affektion uns Aufklärung zu geben vermöchten. Es ist mir bisher nicht gelungen, durch mikroskopische Untersuchung der Ausscheidungen der erkrankten Frau Merkmale zu finden, welche eine scharfe Charakterisirung des Leidens nur auf diesem Wege möglich gemacht hätten. Indessen gelang es, durch künstliche Züchtung in einer feuchten Kammer, einen Pilz in allen darauf untersuchten Fällen zu erzielen, von dessen Beschaffenheit in der Folge die Rede sein wird.

Die Art der diagnostischen Ausbeute der Gegenwart dieses Pilzes will ich folgender Weise illustriren. Es gibt viele kranke Frauen, die ungeheilt von einem Arzte zum andern wandern, von diesem die Diagnose einer Dislokation, von jenem die der chron. Metritis, von einem andern des Uterinkatarrhs, und wiederum der Anaemie und Hysterie mit dahin gehöriger Behandlung erhalten haben, und bei denen ich weder eine der genannten, noch eine andere Uterinaffektion genügend ausgesprochen finde, um aus irgend einer

derselben die Störungen im Gesammtorganismus genügend erklären zu können, Fälle die desshalb selbst von erfahrenen Gynäkologen verschiedenartig beurtheilt werden, weil die Anhaltspunkte zu einer Diagnose auf alle Gebiete der Uterinpathologie hinüberschwanken, und die das Eigenthümliche und Gemeinsame mit einander haben, dass sie immer nur für kurze Zeit gebessert werden, um nach Ablauf von Wochen und Monaten in den alten Zustand zurückzufallen. Wenn es mir unter diesen Umständen gelingt, rasch eine vollkommen ausgebildete Pilzpflanze mit fruchttragenden Sterigmen zu erzeugen, so schliesse ich daraus, dass hier eine Schleimhautaffektion besteht, welche ihre Entstehung dem Contakte mit einem Sekret aus der männlichen Harnröhre verdankt, welches die Keime desselben Pilzes enthält. Unter solchen Umständen habe ich dann von den Männern der betreffenden Patientinnen immer erfahren, dass sie mit Spuren eines ungeheilten Nachtrippers in die Ehe gegangen, oder aber kürzere oder längere Zeit vorher einen Tripper durchgemacht.

Die ganze Deutung und Bedeutung der Micrococcen und der daraus entstehenden Pilze trägt indessen heutzutage noch so sehr den Charakter des Unfertigen, und ist von so manchen hervorragenden Männern der Wissenschaft mit Misstrauen betrachtet, dass ich nicht von irgend Einem meiner Leser verlangen kann, der Gegenwart dieses Pilzes ein entscheidendes Gewicht in der Abschätzung dieser Frage beizulegen. Die Sache muss von Mykologen im Verein mit dem einen oder dem andern Gynäkologen, weiter erforscht werden.

Es ist daher meine Aufgabe, beim Mangel eines direkten Beweises, den Thatbestand durch Indicien anderer Art zu erhärten. Ich habe zu dem Zwecke 50 Fälle zusammengestellt, die, zwar alle mehr oder weniger Variationen auf dasselbe Thema, nicht einfach als „werthvolles Material" hier zusammengetragen sind, sondern sammt und sonders durchgelesen werden müssen, wenn der Leser sich einen deutlichen Begriff von dem machen will, um was es sich hier handelt. Jeder einzelne Fall herausgenommen, hat absolut keine Bedeutung, aber die verschiedenartigen Bausteine, wie sie hier zusammengebracht, fügen sich so in einander, dass wenn auch der einzelne ohne Glanz und Werth erscheint, das Gesammte doch ein Stück Mosaik bildet, das den Eindruck der Zusammengehörigkeit und Zweckmässigkeit bei genauem Zuschauen an sich trägt, selbst dann noch, wenn es Einem oder dem Andern gefallen sollte, einzelne derselben als schadhaft daraus entfernen zu wollen.

Formen der Erkrankung.

Es lassen sich hauptsächlich vier Gruppen unterscheiden, in welchen die Erscheinungen der latenten Gonorrhoe klinisch zu Tage treten. Und zwar sind dieselben geschieden, nicht nur der Systematisirung und Uebersichtlichkeit zu Liebe, sondern weil jede einzelne derselben einen verschiedenen Werth für die davon Betroffenen beansprucht; und wenn es auch Uebergänge von einer Form in die andere gibt, oder wenn es gelegentlich vorkommt, dass bei ein und derselben Patientin alle vier Gruppen im Laufe von Monaten oder Jahren beobachtet werden können, so entspringt doch die Eintheilung in 1. Akute Perimetritis; 2. Recurrirende Perimetritis; 3. Chronische Perimetritis, und 4. Ovaritis, aus einer naturgemässen Gruppirung der beobachteten Erscheinungen während des Lebens. Alle vier Erkrankungen nun sind complicirt mit Catarrh einzelner Schleimhautpartien der Geschlechtsorgane, welcher Catarrh in wenigen Fällen als das einzige Symptom aufgefunden wird.

I. Akute Perimetritis.

Die Entzündung der innern weiblichen Geschlechtsorgane, wie sie in Folge latenter Gonorrhoe auftritt, sei sie nun akut oder chronisch in ihrem Verlauf, ist in jedem Falle periuterin, d. h. sie betrifft die seröse Auskleidung des Beckens und der darin enthaltenen Organe. Es ist mir wenigstens bis jetzt unter etwa 100 Fällen, die mir theils nach Notizen, theils aus dem Gedächtnisse vorliegen, kein einziger Fall erinnerlich, bei welchem die Entzündung von dem Beckenzellgewebe ausgegangen, oder überhaupt sich in diesem Gewebe entwickelt hätte. Es ist damit die bei weitem umfangreichste Klasse der um den Uterus sich gruppirenden Erkrankungen entzündlicher Natur aus dem noch immer so bestrittenen Felde der

Para- und Perimetritis, wenigstens mit Rücksicht auf Etiologie ausgeschieden.

Es ist überhaupt meine Ansicht, dass die perimetritischen Affektionen die andern bei Weitem an Häufigkeit des Vorkommens wie an Bedeutung überwiegen, und so viel ich gesehen habe, kommt Parametritis, wenn nicht untergeordnet als Theilerscheinung der Perimetritis, überhaupt nur da vor, wo eine Verwundung, eine Verletzung der schützenden Epithelial-Decke der Gebärmutterhöhle stattgefunden, also nach Entbindungen, Aborten, Gebrauch von Pressschwamm, chirurgischen Operationen, Gebrauch von Sonden und Passarien. Erstere dagegen entwickelt sich zwar auch unter denselben Umständen, ist indessen nicht an dieselben gebunden. Wenn also aus irgend einem Umstande bei einer nicht schwangern oder sterilen Frau sich plötzlich eine heftige Unterleibsentzündung entwickelt, wie dies nicht selten geschieht, ohne dass eine Manipulation des Uterus, welcher eine Wunde folgen konnte, stattgefunden, so können wir von vorn herein mit ziemlicher Sicherheit, wenn es sich überhaupt dabei um uterinen Ursprung handelt, die Diagnose einer Peritonitis pelvica stellen und Cellulitis ausschliessen. Und zwar lässt sich dieser Satz auf entzündliche Zustände der Organe überhaupt und nicht nur auf solche, welche durch Contakt mit einem blennorhoischen Sekret entstanden, übertragen.

Wenn wir uns nun einmal vergegenwärtigen, was als Ursache der Perimetritis bisher von den Autoren angenommen, so ergiebt sich Folgendes: Die ausführlichste Abhandlung über den Gegenstand neueren Datums, ist von Mathews Duncan*), und er kommt zu dem Resultate, dass Metritis fast ausnahmsweise beiden Formen der Erkrankung zu Grunde liege, dieselben jedoch gelegentlich Folge von Ovarial- und Tubenerkrankung seien, und fügt hinzu: Oder um mich spezieller auszudrücken, sie sind am häufigsten die Folge von Endometritis.

Er schliesst nun rückwärts (S. 33): Da Para- und Perimetritis die Folge von Metritis sind, und dieselben häufig beobachtet werden, so muss, entgegen der Ansicht der meisten Autoren, Metritis eine häufige Krankheit sein, und zwar versteht er, wie aus dem Verlaufe der Erörterung hervorgeht, unter Metritis, akute Metritis. Dabei verfällt er in den Fehler, die Etiologie beider entzündlichen Affek-

*) A Practical Treatise on Perimetritis and Parametritis. Edinburgh 1869.

tionen nicht nur zugleich, sondern auch die Entstehung derselben im Wochenbette und im nichtschwangern Zustande in einem Gemisch abzuhandeln, woraus sich falsche Ansichten entwickeln müssen, denn es ist doch nicht nöthig zu beweisen heutigen Tages, dass der puerperale Uterus ganz andere Angriffspunkte für akut entzündliche Reize darbietet, als das Organ im nichtschwangern Zustande, dass Parametritis die Regel nach der Entbindung, die Ausnahme zur Zeit der vollkommenen Involution ist. Eine andere unrichtige Deutung, die aus der gleichzeitigen Behandlung der beiden Formen hervorgeht, ist die daraus resultirende unklare Anschauung über den Modus des Weitergreifens der Entzündung bei gegebener Endometritis. Während er die Etiologie beider Zustände in einem Capitel abhandelt und abwechselnd von Para- und Perimetritis und deren Folge: Pelvic abscess spricht, giebt er seine Erklärung dahin, dass die im Uterus oder Ovarium entstandene Entzündung nicht in dem Parenchym verbleibe, sondern bis zum laxen Zellgewebe in der Umgebung dieser Organe fortschreite. Bei seiner Vorliebe für das Dazwischentreten einer akuten Metritis oder Ovaritis als Mittelglied zwischen Endometritis und Peri- oder Parametritis, ist diese Annahme des Fortschreitens des entzündlichen Reizes durch die Gewebe hindurch, vom Centrum — der Schleimhaut — aus nach der Peripherie, ganz natürlich.

Nur für Perimetritis gonorrhoischen Ursprunges scheint er das direkte Ueberfliessen des reizenden Sekretes durch und aus den Tuben in die Beckenhöhle als Ursache anzuerkennen.

Duncan recapitulirt seine etiologischen Erörterungen in der folgenden Weise:

„Perimetritis und Parametritis treten nie idiopathisch oder primär auf. Ihre Ursachen sind entweder mechanische Reize; meist entzündliche Erkrankungen des Uterus, der Tuben oder der Eierstöcke — zuweilen krebsiger oder tuberkulöser Natur; oder schädliche (noxious) Absonderungen durch oder von den Tuben oder Eierstöcken.“ Es zeigt sich hier wiederum deutlich, wie nöthig es ist, beide Affektionen getrennt von einander abzuhandeln, sonst ist es nicht möglich, eine klare Darstellung der Krankheitserscheinungen und ihrer Entstehung zu liefern. Was zum Beispiel haben entzündliche Erkrankungen der Tuben, oder krankhafte Absonderungen der Eierstöcke mit Parametritis zu thun?

Die Wichtigkeit einer Differenzirung von Para- und Perimetritis ist indessen nicht nur in ethiologischer Beziehung von Bedeutung, sondern auch in diagnostischer und prognostischer Hinsicht, und es ist ein Theil der Aufgabe dieser Abhandlung, die Bedeutung der Perimetritis für das Leben und Wohlbefinden des Weibes zu schildern.

Entscheidender behandelt Bernutz die Angelegenheit, der ja überhaupt der erste gewesen, welcher nicht nur die beiden Affektionen scharf geschieden, sondern auch die Wichtigkeit der Perimetritis in ihrer Häufigkeit und Bedeutung im Vergleich zur Parametritis, Nonat und dessen Anhängern gegenüber, hervorgehoben.

Unter den 99 Fällen, welche er aufgeführt und nach den verschiedenen Ursachen eingetheilt, waren 43 puerperalen Ursprungs, 28 blennorhagischer, 20 menstrualer Natur, und 8 entstanden nach traumatischen Einwirkungen, davon 3 nach Excessus in Venere, 2 nach syphilitischer Erkrankung des Cervix, 2 nach Gebrauch der Sonde 1 nach Gebrauch einer Wassereinspritzung in die Scheide.

Wenn wir uns diese Eintheilung genau ansehen, so finden wir darin einen Mangel an Präcision, die indessen so allgemein ist, dass sie von den meisten Autoren getheilt wird. Es stehen also neben einander in ethiologischer Rangordnung: puerperal, blennorhagisch, menstrual und traumatisch. Während nun puerperal und menstrual nur den Zeitpunkt, oder vielmehr dem Weibe eigenthümliche Entwickelungsphasen, bedeuten, in welchen die Krankheit in die Erscheinung getreten, bezeichnen die letztern und darunter namentlich blennorhagisch, das an sich krankhaftmachende Agens, und das traumatisch einen Reiz, der entweder ein bis zum Angriff des Reizes solides Organ in Krankheit versetzte, oder aber eine schlummernde Krankheit zur akuten Entwicklung brachte.

Es ist klar, dass derartig unlogisch aneinander gereihte Zustände nicht zu einem wirklichen Verständniss der Ethiologie führen können.

Das Wort puerperal hätte in dem angedeuteten Sinne nur dann eine Berechtigung, wenn damit gemeint sei, dass die Geburt in den Fällen, wo sie zu Perimetritis geführt, eine derartige Dauer gehabt und dadurch, oder durch andere Umstände von der Mutter oder vom Kinde ausgehend, zu solchen Quetschungen des Uterus und der Beckenorgane geführt, dass auf den Akt der Geburt als solchen die krankmachende Ursache zu reduciren sei, eine Erklärung, die weder

von den Autoren insinuirt, noch durch die Beobachtung bestätigt wird.

Die puerperalen Perimitriden hängen in den meisten Fällen weder mit endemischen Einflüssen zusammen, noch sind sie vorwaltend die Folge von schweren Geburten. Nicht ein Mal erleiden alle Frauen, die zu einer andern Zeit (früher oder später) von Perimetritis befallen werden, einen akuten Anfall zur Zeit der Entbindung.

Man sollte glauben, dass eine Frau, welche Bedingungen in sich trägt, die gelegentlich zur Entwicklung einer akuten Perimetritis führen, gerade zur Zeit der Menstruation dazu hinneigte. Und in dieser Weise nur ist das Wort menstrual zu fassen, natürlich mit Ausnahme derjenigen Fälle, wo die Perimetritis als Theilerscheinung einer Haematocele auftritt.

Indessen ist das Zustandekommen einen akuten Anfalles nach meinen Erfahrungen in etwa vier Fünftel der Fälle nicht an einen Menstruationstermin gebunden.

Es bleiben mithin als wirkliche Ursachen der Perimetritis die 28 blennorrhoischen Fälle, die 2 nach syphilitischer Erkrankung des Cervix entstandenen, die Bernutz wunderbarer Weise zu den traumatischen zählt, und 6 Fälle echt traumatischen Ursprunges.

Mithin sind, wenn wir die noch unentschiedene ethiologische Rolle, welche Wochenbett und Menstruation in dieser Frage spielen, vorläufig bei Seite lassen, Gonorrhoe und Syphilis nach Bernutz die hervorragendsten Momente in der Entwicklung von Perimetritis.

Es stimmen damit meine Beobachtungen vollkommen überein. Nicht aber liefert die floride, akute Gonorrhoe allein das Hauptcontingent zum Zustandekommen derselben, sondern die sogenannte latente Gonorrhoe ist ganz so bedeutungsvoll wie die erstere. Ich will damit sagen, 1. dass eine Frau, die zu irgend einer Zeit ihres Lebens einen akuten Tripper gehabt, später, sei es nach Monaten oder Jahren einen oder mehrere Anfälle von akuter, subakuter oder chronischer Perimetritis zu erwarten hat. 2. dass eine Frau, welche die Gattin eines Mannes ist, der zu irgend einer Zeit seines Lebens vor oder während der Heirath eine Gonorrhoe durchgemacht, in Bezug auf das Eintreffen einer Perimetritis gerade so gestellt ist, als ob sie selbst einen akuten Tripper gehabt habe.

Unter diesen beiden Umständen kann also eine Frau zu irgend einer Zeit ihres Lebens erwarten, eine leichtere oder schwerere,

zuweilen mit dem Tode endende Unterleibsentzündung durchzumachen. Wenn es unter solchen Umständen zu einer akuten Manifestation des Leidens kommt, so nimmt der Fall gewöhnlich folgenden Verlauf.

Der Mann, entweder schon Einwohner einer grossen Stadt, oder in seiner Capacität als Reisender, Student etc. etc., hat seine Weihe des Eintritts in die Mysterien der modernen Civilisation durch einen Tripper bestätigt bekommen, der, obschon scheinbar spurlos erloschen, ihn noch nach Jahr und Tag befähigt, wen er immer berühren mag, damit anzustecken. Die junge, bisher gesunde Frau, fängt nach einigen Wochen an zu kränkeln, das Besorgen des Haushaltes wird ihr schwierig, es stellen sich bei Spaziergängen, die sonst ohne die geringste Anstrengung ausgeführt wurden, Zeichen leichter Ermüdung ein; die Regel wird profuser, als sie früher gewesen, in den ersten Tagen derselben zeigen sich Unterleibsschmerzen, und sie ist gefolgt von etwas wenig Ausfluss, der nach und nach die ganze Zwischenzeit zwischen zwei Perioden ausfüllt. Nach einigen Monaten treten nun wirkliche heftige Schmerzen in der rechten oder linken Hälfte des Unterleibs ein, und die Frau ist gezwungen wegen hinzutretenden Fiebers und unerträglich gewordenen Brennens im Leibe, mit vermehrtem, zuletzt scharf gewordenem Ausfluss das Bett und die Hülfe des Arztes zu suchen. — Je nach der Heftigkeit des Anfalles bleibt sie Wochen oder viele Monate, zuweilen mit erschöpften Kräften um ihr Leben ringend, ans Lager gefesselt, erholt sich endlich langsam und bleibt steril und invalid fürs Leben. Dieser Verlauf der Dinge ist, soweit ich jetzt weiss, die Regel. Es gibt aber eine zweite Form des Auftretens des ersten akuten Anfalles, der anders verläuft, und dies ist die zweithäufigere Art der Entwicklung. Es werden ein Paar Beispiele davon im Verlaufe der Schrift notirt gefunden werden.

Es geschieht nehmlich nicht selten, dass die Frau, welche unter diesen Verhältnissen heirathet, sofort schwanger wird, während der Schwangerschaft viel von Schmerzen im Unterleib zu leiden hat, die von ihr selbst und dem Arzte als zur Sache gehörend, nicht weiter beobachtet werden, wenn sie sich nicht, wie zuweilen vorkommt, zu einem solchen Grade steigern, dass dringende und eingreifende Behandlung nöthig wird, um den Eintritt einer Frühgeburt zu verhüten. Die Geburt tritt endlich ein und

ist gefolgt von einer schweren Endometritis mit Perimetritis, wobei entweder die erste oder die zweite Affektion in den Vordergrund tritt. Das Entwickeln dieser Entzündung kann entweder sofort nach der Geburt, oder aber, was häufiger ist, nach 8—14 Tagen oder sogar nach 6—8 Wochen eintreten. Wenn es etwas charakteristisches für diese Art puerperaler Entzündung gibt, so ist es die Abwesenheit von mit Membren bedeckten Geschwüren, die profuse, lange anhaltende rein eiterige Sekretion, und das gelegentliche Auftreten von condylomartigen Excrescenzen an dem Scheideneingange. Und endlich ist es für diese Art des Puerperalfiebers charakteristisch, dass es bei einzelnen Frauen nach jeder Geburt sich einstellt, unter welchen Umständen sie immer entbunden werden mögen. Diese Beobachtung stimmt überein mit denen, welche ich in einer früheren Arbeit im New-York Journal of Medicine 1859 veröffentlicht, und wo ich zeigte, dass Frauen, welche an echter chronischer Metritis mit Zellgewebsneubildung litten, auch nach jeder Entbindung einen Anfall von Metritis acuta durchmachten. In gleicher Weise tritt bei latent verlaufender Endometritis der erste akute Anfall mit begleitender Perimetritis sehr häufig nach der ersten Entbindung ein und wiederholt sich zuweilen 3—4 Mal. Ich habe solche Frauen in meiner Privatpraxis, die ich unter den verschiedensten Umständen, in Bezug auf Dauer der Geburt, Lage der Wohnung, Jahreszeit, Genius epidemicus, entbunden, und die jedes Mal eine schwere Endometritis mit folgender Perimetritis durchgemacht. Das Beweisende, dass nicht irgend eine mysteriöse Disposition in ihnen liegt, welche gerade die Geburt mit gefahrvollen Entzündungen im Gefolge auftreten lässt, liegt in dem Umstande, dass dieselben Frauen auch geneigt sind, ausserhalb des Wochenbettes von akuter Perimetritis befallen zu werden. So erinnere ich mich eines höchst charakteristischen Falles, in welchem nach vier Geburten jedes Mal Unterleibsentzündung auftrat. Ich hatte Gelegenheit etwa ein Jahr nach Geburt des dritten Kindes Blutegel an die Vaginalportion anzusetzen. Die kleine chirurgische Operation verlief ohne jeden Zwischenfall, ich fand indessen zwei Stunden später die Frau mit den allerquälendsten Schmerzen im Unterleib, die zur Entwicklung einer akuten Perimetritis führten.

Endlich gibt es eine dritte Art des Auftretens der akuten Perimetritis, welche mitten in der ungetrübtesten Gesundheit, wie mit einem Schlage auftritt und oft innerhalb 12—24 Stunden tödtet,

und in ihrem Auftreten zu Anfang wohl gar nicht von Haematocele unterschieden werden kann. Ich kenne vier Fälle, welche auf diese Weise geendet. Der erste betrifft ein 17jähriges Mädchen, welches Mittags in der Küche von Feuer, welches die um den Ofen zum Trocknen aufgehangene Wäsche ergriffen, heftig erschreckt wurde und plötzlich einen vernichtenden Schmerz im Unterleibe mit Neigung zum Brechen verspürte. Sie musste sofort zu Bette gehen. Der behandelnde Arzt schrieb die Prostration theilweise dem gehabten Schrecken zu und verordnete Morphium. Ohne dass sich während der Nacht Symptome entwickelt hätten, die irgend welches Licht auf eine bedeutende Lokalaffektion geworfen, sank das bis dahin so robust erscheinende junge Mädchen unaufhaltsam und starb bei Tagesanbruch.

Zu der Sektion geladen, suchten wir alle Körperhöhlen vorsichtig durch und fanden Nichts, was den plötzlichen Tod erklären konnte, bis wir zu den Beckenengen gelangten. Es stellte sich nun heraus, dass die kleinsten Gefässe des Peritoneum, welche den Uterus und seine Umgebungen bedeckten, sehr stark entwickelt waren, und alle Organe dadurch mehr geröthet und rauher erschienen, als dies im Gewöhnlichen der Fall ist. Daneben fand sich auf jeder Seite, neben dem Uterus im kleinen Becken, zusammen ein kleiner Theelöffel eines dünnflüssigen, graugelben Eiters. Beide Tuben waren erweitert, und zwar unregelmässig, so dass rosenkranzförmige Ausbuchtungen daraus hervorgingen, und aus beiden liess sich derselbe Saft herausdrücken, wie er in der Beckenhöhle gefunden wurde. Es zeigte sich weiter, dass die Schleimhaut beider Tuben stark geschwellt und geröthet war, sowie die Höhle des Uterus fast obliterirt von fadenförmigen dunkelrothen Wucherungen, zwischen denen ein eiterartiges Sekret sich angesammelt hatte.

Der zweite Fall betrifft eine Frau, deren plötzlich unter heftigen Schmerzen erfolgter Tod Veranlassung zu einer gerichtlichen Leichenöffnung gegeben. Das Präparat ward der New-York Obstetrical Society vorgelegt. Es fand sich ein rundes Magengeschwür, und ein ganz frisches etwa 1 □″ grosses mit Eiter getränktes Fibringerinnsel und etwas Serum im kleinen Becken, dessen Organe im Zustande aktiver Congestion erschienen. Die erweiterten Tuben beide mit Eiter gefüllt, die Gebärmutterhöhlenschleimhaut mit eitrigem Schleim bedeckt. Es entstand hier die

Frage, was die Todesursache gewesen. Bei der genauesten Untersuchung fanden sich keine Speisereste in der Unterleibshöhle, die einzigen Veränderungen, welche zu erblicken waren, befanden sich auf das Peritoneum des kleinen Beckens beschränkt, und waren, nach den Erfahrungen, dass zuweilen noch weniger massenhafte Ergüsse, als der vorliegende zu letalem Ende führen, hinreichend, den Tod hervorzurufen.

Ein anderes Präparat, von einer Patientin, die innerhalb 48 Stunden erlag, ward an derselben Stelle vorgezeigt. Hier wurden grössere den Uterus, Seitenligamente und Ovarien bedeckende, ganz frisch erstarrte, zerreibliche Exudatmassen vorgefunden; die Entzündungserscheinungen beschränkten sich indessen nur auf die seröse Bekleidung der Beckenorgane. Beide Tuben strotzend mit Eiter gefüllt, ebenso Gebärmutterhöhle.

Es ist von Bedeutung zur Beurtheilung dieser Fälle, dass, ebenso wie die anatomischen Läsionen sehr häufig so verschwindend klein sind, dass man mit gerechtem Zweifel dieselben als Todesursachen anzusprechen wagt, auch die während des Lebens vorhandenen Symptome, so wenig eine dringende Gefahr vermuthen lassen, dass Aerzte von grosser Erfahrung und scharfem kritischen Geiste dadurch getäuscht worden sind.

Bei einer Patientin, die schon früher an akuter Perimetritis gelitten und hysterisch war, stellten sich etwa zwei Monate nach der Entbindung plötzlich so heftige Unterleibsschmerzen ein, dass sie sich in durchdringendem Schmerzensschrei Luft zu machen suchte. Am folgenden Tage waren die Schmerzen vollkommen gelindert durch subakute Injektion von Morphium. Der Puls zeigte keine fieberhafte Spannung, schwankte zwischen 100 und 120, Temperatur sehr wenig erhöht, absolut keine Auftreibung des Leibes. Beim Berühren, und zwar beim alleroberflächlichsten, kurzer Anstoss zum Würgen, aber keine Schmerzhaftigkeit von Belang. Perkussionsschall überall tympanitisch. Beim Untersuchen durch die Scheide zeigte sich weiter Nichts, als eine bedeutende Succulenz aller Gewebe, soweit sie mit dem Finger berührt werden konnten, und namentlich Douglas' Cul de Sac weich-ödaematös und sehr schmerzhaft, keine consolidirten Exudatmassen zu fühlen. Wäre mir die Geschichte der Patientin seit vielen Jahren nicht so sehr genau bekannt gewesen, so würde es unmöglich gewesen sein, eine Diagnose zu stellen. Bei einer Consultation, die mit einem der

bedeutendsten Aerzte New-Yorks abgehalten wurde, behauptete derselbe im Hinblick auf die Abwesenheit fast aller physikalischen Anhaltspunkte und auf die geringe febrile Reaktion, dass keine Perimetritis vorhanden sei. Das einzige, was sich im Verlauf der drei Tage, welche zwischen der ersten Attacke und dem Tode lagen, änderte, war eine mehr und mehr gelähmte Reaktion auf äussere Eindrücke und zuletzt ein rapides Steigen des immer kleiner werdenden Pulses. Sie starb an einer Peritonitis, die sich durch physikalische Exploration nicht nachweisen liess.

Diesem Krankheitsbilde gegenüber stellen sich die Fälle, wo Frauen mit faustgrossen, ganz frisch gebildeten Exudaten herumspazieren und sogar weite Strecken zu Fusse zurücklegen. Es scheint also, dass die Bedeutung des Leidens hauptsächlich von der individuellen Kraft des Nervensystems in jedem einzelnen Falle abhängt, und nicht ein Mal von der Reizbarkeit des Peritoneum, denn ich habe Patientinnen gesehen, die bei andauernd heftigen, nur durch die allerenergischste Narkotisirung zu bewältigenden Schmerzen und vollauf entwickelter Peritonitis, weder in ihrem Pulse, noch im Allgemeinbefinden Zeichen der Prostration zur Schau trugen, während andere, wie in den oben geschilderten Fällen, durch das Ueberlaufen eines Tropfens Tubenflüssigkeit getödtet wurden.

Charakteristisch für die Diagnose ist in den Fällen, wo die Perimetritis als Phase der latenten Gonorrhoe erscheint, das Rekrudesciren eines früher vorhandenen leichten Ausflusses, oder das Auftreten einer bisher noch nicht bemerkten Leucorrhoe, wobei sehr häufig ein bisher schleimiger Ausfluss, Schleimeiter oder reiner Eiter wird.

Das Zustandekommen dieser Erscheinung lässt eine doppelte Deutung zu. Entweder müssen wir annehmen, dass eigenthümliche Veränderungen in dem schon vorhandenen Sekrete vorgehen, welche auf seine Quantität und Qualität modificirend einwirken, oder aber, es müsste der, durch die Peritonitis gesetzte, Reiz sich vom Peritoneum aus, auf den Uterus und dessen Gewebe fortpflanzen. Dass das Letztere möglich ist und sogar häufig geschieht, habe ich zu beobachten Gelegenheit gehabt. Gewisse Patientinnen, deren ich noch näher beim Capitel über recurrirende Perimetritis gedenken werde, und die ich Monate hindurch drei Mal die Woche untersucht habe, bekamen immer im Gefolge eines wieder-

holten Anfalles von Perimetritis, eine akute Metritis, die sich durch grosse Schmerzhaftigkeit, durch Vergrösserung des Organs, durch unregelmässig im Gewebe vertheilte, teichige Schwellung kennzeichnet. Ich habe ferner in dem oben erwähnten zweiten, der New-York Obstetrical Society vorgelegten Falle, den Uterus, nachdem er in Müller'scher Lösung und absolutem Alkohol gehärtet worden, sorgfältig mikroskopisch untersucht, und gefunden, dass er von frischen Entzündungselementen durchaus durchdrungen war. Dies beiläufig zur Kritik der Ansicht Duncan's, dass die, nach ihm so häufige, akute Metritis unter diesen Umständen immer das Primäre sei. Es ist eine eigenthümliche Thatsache, dass einzelne Frauen sofort, nach der Heirath mit einem Manne, der früher Tripper gehabt, und zwar an bedeutenden Entzündungserscheinungen erkranken, während andere erst nach Jahren aus dem latenten Stadium hervortreten, und wieder andere so unbedeutende Abweichungen von der Norm zeigen, dass es schwierig ist, zu entscheiden, ob sie überhaupt erkrankt sind, oder nicht.

Ohne mich hier in weitschweifige Erörterungen einzulassen, will ich nur in Bezug auf diesen Punkt erwähnen, dass es mir, soweit ich aus dem zur definitiven Entscheidung solcher Fragen kaum genügenden Materiale zu urtheilen vermag, geschienen hat, dass man den Satz aufstellen kann: Je näher die erste Cohabitation sich dem Zeitpunkt nähert, in welchem die Gonorrhoe als geheilt betrachtet worden, desto kürzer ist die Latenz bei der Frau und desto akuter die Erscheinungen. Es ist möglich, dass ich in der Zukunft diesen Satz nicht ganz in dieser Fassung werde stehen lassen können, denn bis jetzt kann ich nur sagen, dass er mehr auf einem allgemeinen Eindruck, als auf statistischen Zusammenstellungen beruht. Indessen wird ein Durchlesen der beigefügten Krankengeschichten wohl auch meine Leser zu diesen Resultaten führen.

1. Frau L...., geboren in einem der südlichen Staaten Amerika's, eine schwächliche, energielose Frau, ist seit zwei Jahren mit einem gesunden Manne verheirathet, und hat ein 13 Monate altes gesundes Kind.

Den Sommer 1871 brachte sie bei ihren Eltern zu, während ihr Mann, bei einer New Yorker Versicherungsgesellschaft angestellt, in der Stadt blieb. Er contrahirte zu dieser Zeit eine Gonorrhoe, die zwei Monate zu ihrer Heilung bedurfte. Nach dieser Zeit erklärte ihn sein Arzt, Dr. L. aus New York, für vollständig geheilt und erlaubte ihm,

mit seiner Frau, welche unterdessen zurückgekehrt war, zu cohabitiren, Dieses geschah Anfang September, so ziemlich in der Mitte zwischen zwei Menstruationsterminen. Etwa 5—6 Tage vor der nun zu erwartenden nächsten Regel bemerkte die Frau zum ersten Male in ihrem Leben einen ziemlich bedeutenden Ausfluss und empfand Schmerzen im Leibe und im Kreuz. Die Regel, welche jetzt eintrat, dauerte länger und war stärker als gewöhnlich. Gleich nach Aufhören derselben vermehrten sich die Schmerzen, und es gesellte sich ein bedeutendes Fieber hinzu. Ich sah sie zuerst am 24. September 1871, etwa 6 Tage nach Aufhören der Menstruation. Puls war am Tage 100 in der Minute, und soll die Heftigkeit des Fiebers sich jeden Abend bedeutend steigern. Leib aufgetrieben in der untern Hälfte, schmerzhaft beim Berühren auf beiden Seiten. Uterus sehr empfindlich, succulent, rechtes Scheidengewölbe verkürzt, sehr schmerzhaft; eitriger Ausfluss aus Scheide profus.

Es wurden sogleich zwei grosse Gaben Chinin verordnet, Eis auf den Unterleib applicirt, und eine Codeinlösung verschrieben, um Schmerzen und Schlaflosigkeit zu beschränken.

Die Frau erholte sich rasch, kommt am 16. October, 3 Tage nach der nächsten Periode, in meine Consultationsstunde, und klagt noch über Kreuz- und Unterleibsschmerzen.

Beim Untersuchen finde ich den ganzen Douglas'schen Raum durch eine derbelastische, faustgrosse, scheinbar in rundliche Lappen segmentirte Geschwulst, welche schmerzhaft beim Berühren ist, ausgefüllt.

Der Ausfluss ist noch profus, Vagina geröthet, Cervix oberflächlich erodirt, Catarrh des Ausführungsganges der Cowper'schen Drüsen.

Am 30. October ist der grösste Theil dieser Masse wieder verschwunden, und nur noch eine taubeneigrosse Härte links und hinter dem Uterus durchzufühlen, die im Verlaufe der nächsten drei Wochen auch bis auf kleine Spuren geschwunden war.

Der Ausfluss indessen blieb bestehen, und konnte durch keins der vielen alterirenden und adstringirenden Mittel, welche in die Uterushöhle applicirt wurden, gestillt werden.

2. Frau N....., eine Irländerin von guter Familie, 25 J. alt, heirathet vor $2^1/_2$ Jahren einen Deutschen, Besitzer eines grossen Tabaksgeschäftes, der 8 Monat vor dem Eintritt in die Ehe eine Gonorrhoe hatte, die sich mit Nachtripper bis etwa $^1/_4$ Jahr vor der Heirath hinschleppte, dann aber auch vollkommen verschwand, und bis jetzt ($2^1/_2$ Jahr später) nie mehr auch nur in Spuren sich gemeldet hat. Bald nach der Heirath stellte sich bei der Frau zum ersten Male ein leichter Ausfluss ein, der sie aber nicht im Geringsten genirte, namentlich keine Beschwerde beim Uriniren, kein Brennen und Jucken in den Genitalien hervorrief. Zwei Monate später wurde Frau N. von einer heftigen Unterleibsentzündung ergriffen, wobei die Schmerzen am meisten in der rechten Seite des Unterleibs, sich bis ins rechte Bein hinein erstreckend,

prononcirt waren. Kommt in Behandlung wegen Sterilität und Ausfluss.

Ich finde bei der Untersuchung den Uterus geschwellt und schmerzhaft, tiefstehend, das rechte Ovarium bedeutend vergrössert, abgerundet, dicht an den Uterus angelöthet durch deutlich fühlbare Exudatstränge und sehr schmerzhaft bei der Berührung. Keine Erosion, aber profuser schleimigeitriger Ausfluss.

Liess sich ein halbes Jahr behandeln, und da das erwünschte Resultat, die so sehnlichst erwartete Conception noch nicht erfolgt war, so begab sie sich in die Obhut eines andern Arztes.

3. Frau E. R . . . . ., die ich vor ihrer Heirath als vollkommen gesundes Mädchen gekannt, heirathet im Sommer 1868 einen deutschen Kaufmann, der drei Monate vorher von einem mir befreundeten Collegen an den Residuen einer frühern Gonorrhoe behandelt, und, wie letzterer mir versicherte, vollkommen geheilt wurde. Sie bemerkte gleich in der ersten Woche Ausfluss, zu dem sich bald Schmerzen gesellen, wird bettlägerig und in ein paar Tagen hat sie einen Anfall von akuter Perimetritis. Sie lag nahezu zwei Monate zu Bett, und ist seit der Zeit nicht mehr gesund geworden. Klagt namentlich über heftige Kreuzschmerzen, fortwährendes Gefühl von Uebelkeit und profuse Menstruation. Ich finde sehr starke rechtsseitige Lateroversion und leichte Flexion des Uterus. Der geringste Versuch, den Cervix aus der linken Beckenhälfte in die Mitte zu schieben, ist sehr empfindlich, sowie auch die Berührung des indurirten linken Scheidengewölbes. Ausfluss sehr profus, Eiter und Schleim; Catarrh beider Cowper'schen Drüsen. Die Schmerzen wurden durch den Gebrauch narkotischer Suppositorien im Laufe der Zeit bedeutend gemindert, und Frau R. begann nun nach einigen Monaten alle Zeichen der Schwangerschaft in einer so eklatanten Weise zu entwickeln, dass sogar der von ihr gewählte Entbindungsarzt vollkommen mit ihrer Ansicht der Sachlage übereinstimmte, und als nun die Zeit der zu erwartenden Entbindung endlich weit überschritten war, stellte es sich heraus, dass abnorme Fettentwicklung mit hysterischen Erscheinungen verbunden, das Bild einer echten Schwangerschaft vorgetäuscht hatte.

4. Anfang 1867 behandelte ich einen Bierbrauer, Namens B . . . . an einem Tripper, der anfangs rasch unter dem Gebrauche von Cubeben und adstringirenden Einspritzungen zu heilen schien, sich aber doch zuletzt mit einer ziemlich bedeutenden Orchitis complicirte, die endlich auf anhaltend ruhiges Liegen, bei dem Gebrauch salinischer Abführmittel auch schwand, so dass zuletzt alle Spuren des Trippers verwischt waren und der Mann nach zweimonatlicher Behandlung als geheilt entlassen wurde. Er heirathete im April 1869 ein blühendes junges Mädchen vom Lande, die bald anfing zu kränkeln. Namentlich ward die Periode stärker, und trat dieselbe Anfang September in Form einer heftigen Menorrhagie auf, es gesellten sich so heftige

Schmerzen in der linken Seite dazu, dass Frau B. 8 Tage das Bett hüten musste. Vierzehn Tage nachher, zeigte sich die Periode noch ein Mal, obwohl nur spurenweise.

Ich sah sie zuerst am 7. October in meiner Sprechstunde, sie war fieberhaft, und ich konnte die Gegenwart eines faustgrossen perimetritischen Exudates links neben dem Uterus constatiren, welches denselben nach rechts hinüberdrängte. Obschon sie selbst Nichts von Ausfluss zu bemerken schien, existirte doch eine weit die Norm überschreitende schleimig-eitrige Sekretion, und um den Muttermund rings herum, befand sich ein zwei Linien breiter rother, excoriirter Saum.

Am 8. November sah ich sie wieder, sie hatte unterdessen anfangs Chinin, und später natr. phosphoric. mit natr. jodat. genommen. Fieber vollkommen verschwunden, klagt nur noch über leichte Kreuzschmerzen. Exudat wenig verändert, Uterus in rechtsseitiger Neigung.

Nach und nach schwindet indessen das Exudat bis auf eine kleine Geschwulst und ich verlor Patientin aus den Augen bis zum 8. Juli 1871, als sie mich wieder consultirte wegen ihrer Sterilität. Sie fühlte sich vollkommen wohl, Regel war ganz normal, sehr wenig Ausfluss nach ihrer Angabe, und nur bei heftigen Anstrengungen zeigen sich Schmerzen in der linken Seite. Der Uterus fand sich antevertirt, nahezu mit der Axe des Beckens parallel. Nur bei sehr starkem Entgegendrücken von Aussen konnte ein harter Strang, entlang dem linken lig. lat. als Rest des frühern Exudats gefühlt werden. Scharfumschriebener schmaler, rother Rand um Muttermund, Sekret nicht profus, durchsichtig und zähe.

5. Frau M...., geboren in Boston, war, als ich sie zuerst sah, 5 Jahre verheirathet mit einem New Yorker Advokaten, der etwa ein Jahr vor seiner Heirath einen 2monatlichen Tripper durchgemacht. Die Frau, welche als Mädchen ein Bild üppigster Gesundheit und Schönheit war, fängt bald nach der Heirath an zu kränkeln, bleibt steril, bekommt Schmerzen vor Eintritt der Regel, und, was früher nie der Fall gewesen, kurz vor derselben leichten Fluor albus.

Sie consultirte nach einem Jahre Herrn Dr. Sims, welcher behufs Beseitigung der Sterilität seine Operation der Incision des Cervix machte. Sie ward gefolgt von einer sehr heftigen Hemorrhagie, welche eine sehr vorsichtige Tomponade der Scheide nothwendig machte. In den folgenden Tagen stellten sich Schmerzen ein, die allmählig sich zu enormer Heftigkeit steigerten, und, wie Patientin mir mittheilte, die behandelnden Aerzte sehr bald die Entwicklung einer akuten Perimetritis erkennen liessen. Sie lag 2—3 Monate zu Bett und hat seit der Zeit nicht einen gesunden Tag mehr gehabt. Sah nach einander die bedeutendsten Gynäkologen von New York und von Boston. Ward von einem cauterisirt wegen Geschwür des Cervix, ein anderer legte ein grosses Vesikatoir auf den Unterleib wegen chronischer Metritis, der dritte liess sie durch 2 Monate ein intra-uterines Pessarium tragen.

Bei genauerer Untersuchung stellte sich nun heraus, dass der Uterus wenig beweglich in Anteversion, mit leichter Knickung stand, dass das linke Ovarium verkleinert und hart durch feste, deutlich fühlbare Exudatstränge im kleinen Becken fixirt war, während das rechte, tiefer stehend, stark geschwollen, abgerundet und erweicht erschien. Beide Ovarien intensiv schmerzhaft bei Berührung, Sitz der subjectiven Schmerzempfindungen.

Die ganze gerüthete Scheide bespült mit Schleimeiter, Catarrh der Cowper'schen Drüsen.

Die sonst so lebenslustige Frau litt seit 4 Jahren ganz unaussprechlich, nicht nur zu jeder Zeit der Regel, sondern musste auch in den Zwischenpausen zu jeder Zeit gewärtig sein, durch Schmerzen in irgend einem Akt der Beschäftigung oder Erholung unterbrochen zu werden. Der Schlaf war schlecht, namentlich da sie jeden Morgen Punkt 4 Uhr aufwachte, seitdem sie den Anfall akuter Entzündung gehabt. Ich stellte meine Prognose sehr fraglich und schlug ihr vor, ein Soolbad in Deutschland zu besuchen, sobald ich einsah, dass weder narkotische, noch absorbirende Mittel den geringsten Einfluss auf ihren Zustand ausübten.

Mein Rath ward gebilligt von einem Pariser Gynäkologen, und auf mein dringendes Anrathen brachte Frau M. zwei Saisons in Kreuznach zu.

Bei ihrer Rückkehr fühlte sie sich in mancher Beziehung gebessert, doch nicht vollkommen hergestellt. Der rechte Eierstock war etwas kleiner und derber geworden, der linke nahezu in demselben Zustande. Namentlich hatten die Beschwerden bei der Periode sehr wenig nachgelassen, während sie in der Zwischenzeit gelegentlich längere Intervalle von Wohlbefinden spürte. Die Regel, welche nach dem zweiten Aufenthalt in Kreuznach sehr profus gewesen war, erschien in längern Pausen mit vermindertem Blutflusse und eingeleitet durch heftige Schmerzen. Nun erhielt ihr Nervensystem einen sehr heftigen Chock durch den Tod ihres Mannes; es stellte sich Husten und Symptome beginnender Tuberkulose ein, und sie verliess New York, um ein paar Jahre in einem mildern Klima zuzubringen, so dass ich über ihre ferneren Schicksale nicht unterrichtet bin.

6. Frau R.... heirathet vor 5 Jahren einen Mann aus dem Arbeiterstande, der mir mittheilte, dass er $2^1/_2$ Jahre vor der Heirath eine Gonorrhoe überstanden, welche 8 Wochen zu ihrer vollkommenen Heilung nahm. Die Frau, welche bis dahin gesund gewesen, fängt nun an zu kränkeln, namentlich über Schmerzen im Leibe zu klagen, die sich allmählig (3 Monate nach Heirath) so steigern, dass sie wegen einer Gebärmutterentzündung, wie sie sagt, zwei Monate zu Bett liegen muss.

Leidet seit diesem akuten Anfalle unausgesetzt und ist steril geblieben. Regel setzt vor, mit sehr wenig Sekretion, hat sehr unbedeutenden weissen Ausfluss und auch früher nie viel gehabt; Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibs, sich bis in die Oberschenkel erstreckend.

Ich finde leichte rechtsseitige Lateroversion, sehr schmerzhaft beim Aufrichten, rechtes Ovarium tiefliegend, abgerundet, sehr schmerzhaft.

Catarrh der Cowper'schen Drüsen. Sekret in der Scheide rahmig, nicht sehr profus, keine Erosion. Behandlung besteht in Anwendung narkotischer Suppositorien.

7. Folgender Fall wird mir von Dr. J. Simrock mitgetheilt.

Herr S. erkrankte im Januar 1871 an Gonorrhoe, die ungefähr einen Monat bestand. Ende Februar hörte der Ausfluss vollkommen auf. Mitte August verheirathet sich derselbe mit einer 19jährigen, sehr gesunden Frau. Schon am 4. Tage nach der Heirath stellte sich bei ihm ein weisslicher Harnröhrenausfluss von zäher klebriger Beschaffenheit ein, der nach Anwendung von adstringirenden Injektionen nach achttägiger Dauer wieder verschwand. Die Quantität dieses ausgeschiedenen Sekretes war während dieser 8 Tage stets eine geringe und hat Herr S. im Laufe dieser Zeit angeblich keinen Umgang mit seiner Frau gehabt. Anfang October, also ungefähr 6 Wochen später, erkrankte Frau S. unter Fiebererscheinungen, mit heftigen Schmerzen im Unterleibe, nachdem während der acht Tage vorher Fluor albus bestanden hatte.

Dr. S. constatirte bald darauf das Bestehen einer akuten Perimetritis.

II. Recurrirende Perimetritis.

Es wurde schon in dem vorhergehenden Abschnitte einer Eigenthümlichkeit der akuten Form dieser Erkrankung erwähnt, die darin bestand, dass Frauen, welche den Keim dazu in sich tragen, geneigt sind, nach jeder oder mehreren Geburten einem akuten Anfall unterworfen zu sein. Es gilt dies indessen nicht nur für den puerperalen Zustand, sondern wird auch in eminenter Weise ausserhalb des Wochenbettes und sogar bei sterilen Frauen beobachtet. Ich kenne eine ganze Anzahl Patientinnen, welche an dieser eigenthümlichen Disposition zu Unterleibsentzündungen leiden, und habe einige charakteristische Beispiele davon unten mitgetheilt. Wenn die Frage über den Zusammenhang akuter oder chronischer Perimetritis mit latenter Gonorrhoe noch zweifelhaft sein könnte, so ist die Sache mit Rücksicht auf die hier zu besprechende Form der Erkrankung nicht im allergeringsten zweifelhaft. Mir ist bis jetzt noch kein Fall von Perimetr. recurrens vorgekommen, wo nicht die frühere Existenz eines Trippers bei der Frau oder dem Manne nachgewiesen werden konnte. Wie anders könnte man sich auch die

eigenthümlichen Verhältnisse erklären, wie sie bei dieser Affektion zur Erscheinung kommen, als dass ein unversiegbarer, mit reizenden Elementen versehener Tubencatarrh von Zeit zu Zeit sich in den Unterleib entlade. Warum dies nur einzelne wenige Frauen betrifft, müssen spätere anatomische Versuche und Experimente nachweisen. Meiner Ansicht nach muss bei einzelnen Frauen dieses Sekret ganz besonders schadhafte Eigenschaft haben, denn wenn man bedenkt, dass, wie ich später zeigen werde, bei fast allen Frauen ohne Ausnahme, die an latenter Gonorrhoe leiden, chronische Perimetritis als Folge des Contaktes des Tubensekrets mit der Serosa zu finden ist, so muss doch wohl in den Fällen, wo wiederholte frische Anfälle auftreten, eigenthümliche örtliche Verhältnisse zu Tage liegen.

Es hat mir nach dem Bilde, welches mir aus der Beobachtung einer Anzahl Fälle geworden ist, geschienen, dass für Viele irgend ein Reiz, der eine starke Uterin- und Tubencontraktion hervorruft, genügt, um ein Ueberfliessen aus der Abdominalöffnung der Tuben zu veranlassen, in genügender Masse, um als Entzündungsreiz zu wirken. Ich erinnere nur an den oben erwähnten Fall des jungen Mädchens, die ein Erschrecken dadurch tödtete, dass eine ganz kleine Quantität Tubenflüssigkeit überlief, wie ja überhaupt ein Erschrecken leicht zu vermehrter Contraktion der Eingeweide, wahrscheinlich durch Lähmung der Hemmungsnerven führt. Nur auf diese Weise lässt sich erklären die rasch auftretende Perimetritis bei bestehenden Tubencatarrhen, welche nach Injektion reizender oder sogar indolenter Flüssigkeiten in den Uterus erfolgt. Denn heutzutage ist doch wohl das Uebertreten der injicirten Flüssigkeiten direkt in den Unterleib durch die Tuben, als Todesursache, hinreichend durch Experimente widerlegt. Die Klappe vor dem Ostium uterinum schützt so vortrefflich vor Eindringen von fremden Stoffen in die Tuben, dass es vielen Experimentatoren, darunter Mourmans, nicht gelang, mit der grössten Kraftanstrengung auch nur einen Tropfen Wasser durchzutreiben.

Unter den Reizen, welche auf diese Weise unter meinen Fällen zum Entstehen des perimetritischen Anfalles bei vorhandenem Tubencatarrhe Veranlassung gegeben haben, waren: Coitus nach langer Abwesenheit des Mannes, Einführen und zwar sehr vorsichtiges Einführen der Sonde von geschickter Hand, Applikation eines nicht caustischen Medikaments in Form von Salbe in den Uterus, Tragen

eines intro-uterinen Pessariums, Einschneiden des äussern Muttermundes, Einschneiden des innern Muttermundes, Dilatiren des Uterus vermittelst Pressschwamm, Eintritt der Menstruation, Applikation von Blutegeln, genaue Exploration der Beckenorgane durch die doppelte Untersuchung.

Es geht daraus hervor, dass es überhaupt fast gar keine Manipulation in und um den Uterus herum gibt, die nicht gelegentlich zu schweren und selbst letal verlaufenden Erscheinungen führen kann. Und ferner habe ich bis jetzt das Einführen der Sonde, das Tragen von Pessarien, das Einschneiden des Muttermundes nur in den Fällen von sehr schweren Folgen begleitet gesehen, wo diese kleine Operation an Frauen vorgenommen, die an latenter Gonorrhoe erkrankt waren. Wenigstens erklärt die Gegenwart dieser Affektion bei weitem die grösste Mehrzahl der sogenannten „Accidents", die zum Erstaunen der vielschneidenden Uterinchirurgen mitten wie ein Blitz aus heiterm Himmel zuweilen Schlag auf Schlag auf sie herabfallen. Es ist überhaupt meine Ansicht, dass die chirurgische Schule der Gynäkologie sich nachgerade mit den Opfern begnügen könnte, die ihrem Verfahren verfallen sind. Ich gehe hier nicht ein Mal von dem Grundsatze aus, dass keine lebensgefährliche Operation für ein Leiden angewendet werden sollte, welches an sich keine Gefahren in sich birgt. Es gibt ja Zustände, wo Geschwülste unter gewissen Verhältnissen mit bedeutender Lebensgefahr entfernt werden müssen, lange ehe sie durch ihre Ausdehnung und Monopolisirung der Nahrungszufuhr das Leben gefährden. Aber bei der Operation des Einschneidens des innern Muttermundes, die, wenn selbst von ihren Erfindern ausgeübt, in einer sehr grossen Anzahl von Fällen Nichts leistet, sind nun doch wohl hinreichend Frauen zum Opfer gefallen, um wenigstens von dem Gebrauch des Messers en gros, wie er bei einzelnen hervorragenden Persönlichkeiten heutigen Tages noch in schönster Blüthe steht, endlich ein Mal abzustehen. Ich bin weit davon entfernt, alle Todesfälle nach diesen kleinen Operationen als Folge einer Perimetritis aus Tubencatarrh herleiten zu wollen, und bin überzeugt, dass Phlebitis und Lymphangitis auch ihr Contingent stellen. Letzteres indessen ist die Ausnahme, ersteres die Regel.

Neben diesen mechanischen Reizen gibt es indess noch Zustände anderer Art, welche ein Wiederauftreten der Entzündung bei einer und derselben Frau, die an latenter Gonorrhoe leidet,

hervorrufen können. So kenne ich drei Patientinnen, welche jedes Mal zwei zu Beginn des Winters, und eine immer zwischen Weihnachten und Neujahr mehrere Jahre hintereinander eine akute Perimetritis durchmachten. Es liegt hier offenbar eine wahrscheinlich physiologische Congestion der inneren Organe zu Grunde, wie sie bei Beginn des Winters durch graduelle Abkühlung der Haut bei jedem Menschen hervorgerufen wird. Wir können uns nun wohl vorstellen, dass einfach die allmählich sich vermehrende Sekretion der, schon catarrhalisch erkrankten, Tubenschleimhaut sich in der Weise steigert, dass der normale Ausfluss nach dem Uterus hin nicht mehr genügt, um die Masse des Schleimes fortzuschaffen, und dass endlich beide Oeffnungen zur Entleerung benutzt werden.

Bei anderen Frauen indessen kommen die Anfälle, ganz unabhängig von den Veränderungen der Temperatur, im Frühsommer, abwechselnd mit Anfällen zu anderen Jahreszeiten. Ob hier veränderter Barometerstand, oder vermehrte Feuchtigkeit der Atmosphäre ebenso deprimirend auf die Hautthätigkeit wirken, wie in den ersten Fällen der Wechsel der Jahreszeiten, ist weiterer Diskussion zugänglich. Die Regel ist, dass, wenn eine Frau einmal zwei Anfälle gehabt hat, sie wahrscheinlich noch mehrere im Laufe der Zeit durchmachen wird. Gewöhnlich ist der erste Anfall der heftigste, mit bedeutender Puls- und Temperaturerhöhung, mit grossem, den ganzen Douglas'schen Raum ausfüllendem Exudate, und sehr langsamer Convalescenz. Der zweite gibt dem ersten oft nicht viel an Heftigkeit nach; der dritte und vierte ist gewöhnlich milder, und endlich verlaufen die letzten ohne viel Reaktion hervorzurufen. Eine Patientin, die ich an fünf Anfällen behandelte, war bei dem ersten durch 3 Monate ans Bett gebunden und litt unsägliche Schmerzen, die kaum durch Narcotica in hoher Dose zu mildern waren. Beim fünften Anfalle kam sie mit deutlich fühlbarem Exudate, aber wenig Fiebererregung im Pulse in meine Sprechstunden und hütete auf meinen Rath auf einige Tage das Zimmer.

Im Ganzen verlaufen, auf die Dauer, die Fälle am günstigsten, wo die ersten Male recht massenhafte Exudate gesetzt worden sind, und so die normale Struktur der Serosa gründlich und in grosser Ausdehnung in ihrer Ernährung modificirt worden ist. Uebrigens lassen sich bis jetzt sehr bestimmte Sätze nicht formuliren, da die Fälle selten sind, und jeder so verschieden von dem andern, dass es

schwer ist, das Uebereinstimmende in feste Gruppen zu vereinigen. Wenn die Frauen überhaupt schwanger werden, so tritt der erste Anfall wohl nach der Geburt oder nach einem Aborte ein und dann, wie schon erwähnt, zuweilen nach jedem Kindbett einer, oder aber, ebenso häufig, ganz unabhängig von Puerperion oder Menstruation. Endlich gibt es Frauen, wo sich der Anfall immer während oder vor der Menstruation entwickelt, und hier tritt denn die bis dahin unentschiedene Frage auf, ob in diesen Fällen perimetritisches Exudat oder Hematocele vorliege. Ich bin leider nicht im Stande, für diese Fälle mich positiv zu entscheiden, da ich sie nur aus mündlichen Referaten und aus Consultationen mit anderen Aerzten kenne. Es ist aber die Diagnose mit Bezug auf diese Frage, wenn nicht Sektionen vorliegen, nur dann möglich, wenn man die Patientinnen Monate und Jahre lang selbst genau beobachtet hat. Wie häufig übrigens abnorme Vorgänge nicht hämorrhagischer, sondern entzündlicher Natur sich zur Zeit der Menstruation gerade entwickeln, geht daraus hervor, dass Pank aus der Häufigkeit falscher, evident frisch gesetzter Membranen, die er bei, zur Zeit der Regel verstorbenen Mädchen, fand, seine Theorie des monatlichen Hervorwachsens und Verschwindens contraktiler Häute, in die Welt schicken und mit einer ganzen Anzahl Beobachtungen belegen konnte.

Die recurrirende Perimetritis nun betrifft vorzugsweise Frauen aus der besseren Klasse der Gesellschaft; ich habe wenigstens in einer 12jährigen sehr ausgedehnten gynäkologischen Armenpraxis eigentlich nur zwei charakteristische Fälle von recurrirender Perimetritis zu beobachten Gelegenheit gehabt, während sie unter einer geringeren Anzahl von Privatpatientinnen weit häufiger zur Beobachtung kam.

Was nun die Bedeutung des Leidens für die damit Befallenen betrifft, so bin ich der Ansicht, dass unter den, von den weiblichen Geschlechtsorganen ausgehenden, Erkrankungen es keine einzige gibt, welche auch nur annäherungsweise die Masse Elend in sich birgt, wie diese. Bezeichnend für ausgebildete Fälle sind die drei verschiedenen Arten von Schmerzen, die im Verlaufe eines akuten Anfalles auftreten und die von einem gewissen diagnostischen Werthe sind zur Beurtheilung des Sitzes der entzündlichen Affektion, da sie in dieser Weise weder bei Parametritis, noch bei Entzündungen, welche vom Darmkanal ausgehen, vorkommen. Zu

Anfang, der Schmerz der Invasion, der auf eine ganz bestimmte Stelle zwischen Spina anterior und Symphyse in der Vereinigung der äusseren mit dem zweiten Drittel einer beide Punkte verbindenden Linie sich beschränkt, und entweder mit Würgen und Erbrechen, oder mit wahren Gasexplosionen vom Magen aus verbunden ist. Er ist entweder ganz akut alle 2 - 6 Minuten unter hellem Aufschreien wiederkehrend, oder wird als ein constantes heftiges Brennen verspürt. Drei bis vier Tage später, nachdem der erste Sturm vorüber ist, tritt, namentlich wenn die Affektion an der linken Seite war, anfangs zu einer ganz bestimmten Tageszeit gewöhnlich zwischen 4 und 5 Uhr Nachmittags ein mehrere Stunden anhaltendes sehr lästiges Gefühl auf, welches von den Leidenden mehr als kneifender, reissender Schmerz bezeichnet wird und oft äusserst quälend ist. Während der erste nun, gerade wie bei Hematocele, dem Contakte des Bauchfells mit einer heterogenen Flüssigkeit zugeschrieben werden muss, entsteht der zweite wahrscheinlich durch Adhäsion eines Theils der S. Romanum mit den Exudatmassen, welches sich trotz Abwesenheit des Förderungsmaterials, doch in seiner täglichen Gewohnheit, sich zu einer bestimmten Zeit lebhafter zu contrahiren, nicht stören lässt. Ehe diese Schmerzempfindung ganz nachlässt, fängt sie an, in der Zeit nach- oder, wie gewöhnlich vorzusetzen, kürzere Anfälle zu machen und so allmählich zu erlöschen.

Nun treten endlich drittens, nachdem die Besserung in vollem Gange ist, Neuralgien der verschiedenen den Unterleib, Hüfte und Kreuz versorgende Hautnerven zuweilen in so heftigem Grade auf, dass sie den Beginn eines zweiten Anfalles vorzutäuschen im Stande sind.

Von einem ersten typischen Anfalle von Perimetritis nimmt es durchschnittlich 3—6 Monate und zuweilen 12 und 18 Monate, bevor sich die Befallenen davon erholen; folgt der zweite, wie es gelegentlich geschieht, nach einem halben Jahre mit nahezu ebenso langer Reconvalescenz und die folgenden, Schlag auf Schlag, in kürzeren Pausen, wie ich es gesehen, mit dazwischen laufenden Leiden neuralgischer und hysterischer Natur, so sind 10 Jahre Menschenleben in so kümmerlicher Weise hingebracht, wie es überhaupt eine raffinirte Ueberlegung nicht vollkommener einrichten könnte. Und dabei sind die Frauen, wenn sie nun eine Zeit lang sich auch physisch wohl fühlen, Tag und Nacht von dem Gedanken,

wie von ihrem Schatten gefolgt, dass sie keinen Augenblick sicher sind, wieder von dem Feinde überfallen zu werden, der sich eingestellt in jedem Klima, auf beiden Continenten sie überrascht, vor dem sie zu keiner Jahreszeit, nicht in der Stadt-, nicht in der Landluft sicher sind, von dem sie gern wünschen, dass er ein Mal den Gnadenstoss versetze, der aber, nachdem er sein Opfer bis an den dunkeln Abgrund herangezerrt, wieder Abschied nimmt, mit einem: Au revoir. Wenn ich unter solchen Umständen zuweilen in die Antecedentien des Ehemanns eindrang, und demselben dunkel die Möglichkeit einleuchtete, dass seine, in einer flotten Stunde erhaschte Krankheit, zu all dem räthselhaften Jammer den Schlüssel biete, dann hatte ich nicht den Muth, ihm meine Bestätigung dieser Auffassung mitzutheilen, denn für Männer, die in der Ehe mehr als reine Nützlichkeitsprinzipien realisiren wollen, muss der Gedanke niederschmetternd sein, dass sie die Gattin und ihr Lebensglück für immer vergiftet haben.

8. Frau F....., grosse englische Blondine, von schönem, üppigem Körperbau, ging im Jahre 1861 in die Ehe mit einem jungen Kaufmann, der in einem der westlichen Staaten ansässig war. Letzterer ward von einem mir befreundeten Collegen daselbst an einer Gonorrhoe behandelt, die sich ziemlich hartnäckig erwies, jedoch zuletzt etwa 3 Monate vor der Heirath so vollkommen geheilt wurde, dass weder Herr F. noch dessen Arzt die geringste Spur davon entdecken konnte. Es war ihm also gestattet zu heirathen, und die ersten 6 Wochen verflossen in ungetrübter Gesundheit und Heiterkeit. Nun fing indessen die Frau an, über Schmerzen in der Seite zu klagen, die zuletzt sich derartig steigerten, dass sie das Bett hüten musste. Der Arzt ihres Mannes über den Zustand consultirt, fand eine akute Peritonitis pelvica vor, die er in energischer Weise angriff. Die Frau lag nahezu zwei Monate zu Bett, und hat von der Zeit bis heute (1872) kaum einen gesunden Tag gehabt. Sie kam im Jahre 1862 nach New-York und in meine Behandlung. Sie klagte über heftige Kreuzschmerzen, Schmerzen in der rechten Seite, Anschwellen der Brüste, schmerzhafte profuse Periode, allgemeine Erschlaffung, Ausfluss. Die Leiden wurden endlich so peinigend, dass sie ihre ursprüngliche Scheu beiseite setzte und mir die verlangte Untersuchung gestattete.

Ich fand vor, Vaginismus bedeutenden Grades, hervorgerufen durch Katarrh der Vulva, namentlich der Schleimdrüsen, welche zwischen Hymen und kleinen Lippen ihre Ausführungsgänge haben und besonders um die Urethralöffnung herumgruppirt sind, Vulvo-Vaginaldrüsen mit eingeschlossen. Uterus sehr schmerzhaft bei Berührung, succulent, stark rechts laterovertirt, und am meisten schmerzend beim Versuch, denselben in die gerade Richtung zurückzudrängen. Ausfluss profus,

ein mit vielen gelben Flocken getrübter zäher Schleim, schmaler hochrother, erodirter Saum um Muttermund.

Da Patientin eine nicht zu überwindende Furcht vor wiederholter Applikation des Spekulum hatte, so konnte an eine eigentliche Radikalkur in diesem Falle nicht gedacht werden, sondern ich musste mich darauf beschränken, durch adstringirende Einspritzungen, warme Bäder und gelegentliche Verabreichung von Narcoticis die peinlichsten Symptome zu entfernen. Durch die kommenden 4 Jahre hindurch verliess Frau F. jeden Sommer die Stadt und ward dann durch den Aufenthalt an der See jedes Mal so weit gekräftigt, dass die mannigfachen Schmerzen, welche sich nach und nach an den verschiedensten Stellen des Körpers in Form von Neuralgien und Spinalirritation entwickelt hatten, immer gegen den Herbst hin in den Hintergrund traten, im Laufe des Winters aber wieder auftauchten, als das städtische Leben und die Sorgen für das Haus ihre Kräfte in Anspruch nahmen. Im Juli 1866 blieb die Regel aus, und es traten bald Erscheinungen hinzu, welche Schwangerschaft vermuthen liessen. Mit dem Aufhören der Menstruation vermehrten sich nun alle bisherigen Beschwerden, namentlich Schmerzen und Empfindlichkeit der Proc. spin. fast aller Brust- und Lendenwirbel, dabei waren die im Unterleibe herumziehenden Schmerzen, verbunden mit dem hartnäckigsten Erbrechen, in einem Grade vorhanden, dass ich den Eintritt eines Abortes für unvermeidlich hielt. Ich liess Patientin bis zum fünften Monate mit wenig Unterbrechungen zu Bette liegen, nach welcher Zeit sie sich ziemlich wohl befand. Am 21. April 1867 ward sie unter Chloroform mittelst der Zange, ohne grosse Anstrengung, von Zwillingen entbunden. Am 22. Fieberbewegungen, am 23. heftiger Schüttelfrost, als Vorläufer einer akuten Endometritis — wobei das Sekret wie dicker Eiter aussah — und Perimetritis, so hohen Grades, dass ich am 26. und 27. für ihr Leben besorgt war. Sehr langsame Erholung. Wunde Warzen, Entzündung beider Brüste, rechts Abscessbildung. Endlich vollkommene Erholung von den Folgen der Entbindung im Sommer an der See. Die nächsten vier Jahre hindurch der Zustand nahezu derselbe, wie die vorherigen, jedoch mit der Veränderung, dass seit 1868 der Schmerz wieder constanter und intensiver in der rechten Unterleibshälfte sich concentrirte. Dazu gesellte sich nun eine Hemicranie der rechten Seite, die anfangs nur vor oder nach der Regel, später wöchentlich, und zuletzt noch häufiger in so heftigen Anfällen wiederkehrte, dass Frau F. zuletzt entweder in Schmerzen oder unter dem Einfluss von Chloral oder Morphium war. Bei einer erneuten Untersuchung stellte sich heraus, dass das rechte Ovarium wohl um das vierfache seiner Normalgrösse angeschwollen, erweicht und äusserst schmerzhaft bei Berührung war. Eine regelmässige Anwendung von jodirter Watte mit Glycerin, durch 8 Wochen hindurch schien Geschwulst, wie Schmerzen günstig zu influenciren; die Neuralgie verlor sich bei einem Wechsel des Aufenthalts im Sommer 1870. Im December desselben Jahres blieb die Regel wieder aus, die Schwangerschaft verlief wieder unter unsäglichen

Schmerzen, vielem Erbrechen, Schlaflosigkeit etc. Namentlich waren die letzten Monate vor der Entbindung desshalb besonders lästig, weil jeder Versuch zu stehen oder zu gehen mit Schmerzen verbunden war. Bei einer Untersuchung stellte sich heraus, dass der ganze Uterus, namentlich das untere Segment, bei der leisesten Berührung schmerzhaft war. Nachdem durch 14 Tage wirkungslose Vorwehen Patientin und ihre Umgebung immerfort in Alarm gehalten, ward endlich am 24. Sept. 1871 ein kräftiger Knabe geboren. Auch nach dieser Entbindung wieder Endometritis, jedoch leichten Grades im Vergleich mit dem Anfalle nach der ersten Geburt. Die Mutter nährte das Kind selbst, kurz Alles schien einen glücklichen Verlauf zu nehmen, mit Ausnahme leichter Beschwerden, in Folge von partiellem Vorfall der Vorderscheidenwand, als sich plötzlich am 26. März 1872 wiederum eine heftige Perimetritis entwickelte. Am 29. und 30., wo der Paroxysmus seine Höhe erreicht hatte, entwickelte sich ein bedeutender Meteorismus über den ganzen Unterleib, Puls, der gewöhnlich sehr langsam und grosswellig war, ging bis 125 Schläge in der Minute hinauf und ward klein, Temperatur bedeutend erhöht; es liess sich an der rechten Seite zwischen Symphyse und Spina iliaca durch Percussion, wie Palpation ein Exudat von der Grösse einer Mannsfaust nachweisen. Die Schmerzen waren so heftig, dass Patientin nicht wagte die geringste Drehung ihres Körpers zur Erleichterung der unbequem gewordenen Rückenlage ihres Körpers zu machen, und dieser qualvolle Zustand hielt sich Tage lang unverändert. Sie erholte sich indessen, nachdem die heftigsten akuten Erscheinungen einmal überwunden waren und die Besserung in vollem Zuge war, sehr rasch, so dass sie schon Mitte April anfangen konnte, ihr Bett zu verlassen, und vor Ende des Monats wieder ihren häuslichen Geschäften nachging.

9. Frau F...., aus dem Staate Wisconsin, kommt mit ihrem Manne, beide deutscher Abstammung, zu Anfang Februar 1872 nach New-York, um sich wegen eines Gebärmutterleidens behandeln zu lassen. Der Mann, ein Kaufmann, zog sich auf einer seiner vielen Reisen vor der Heirath einen Tripper zu, der viele Monate lang zu seiner Heilung bedurfte. Es verstrichen jedoch noch zwei Jahre nach vollständigem Verschwinden desselben, ehe die Heirath eingegangen wurde. Auf die Anfrage, ob alle Spuren der Gonorrhoe auf immer verschwunden gewesen seien, gibt er zu, dass in der Ehe gelegentlich die Urethralöffnung verklebt gewesen und zuweilen Beschwerden beim Uriniren sich eingestellt haben. Einer erneuten Ansteckung aber habe er sich nie mehr ausgesetzt.

Zehn Monate nach der Heirath kommt Frau F. mit einem gesunden Knaben nieder und ist seitdem (jetzt 18 Jahre) nicht mehr schwanger gewesen. Sie fing bald nach der Geburt, die übrigens ganz normal gewesen zu sein schien, an zu leiden, namentlich Schmerz in der linken Seite, mit Gefühl von Schwäche im Unterleib. Sie schenkte ihr Kind durch 9 Monate, die Regel kehrte schon nach den ersten 4 Wochen, und

zwar durch 8 Tage hindurch sehr profus, wieder, und ist während der ganzen Zeit des Schenkens in ähnlicher Weise aufgetreten. Diese Säfteverluste und mancher Kummer schwächten sie sehr, es stellte sich nun auch reichlich weisser Fluss ein, leichtes Ermüden, Gefühl von Uebelkeit.

Durch Baden im Lake Michigan verminderte sich der Ausfluss sehr, und sie fühlte sich überhaupt kräftiger, beschloss jedoch im Jahre 1862 nach Europa zu gehen, um Scanzoni wegen ihrer Unfruchtbarkeit zu consultiren. Sie gebrauchte dort die Bäder von Schwalbach, und fühlte sich einige Jahre lang ziemlich wohl, hatte indessen von Zeit zu Zeit Anfälle von Gallenerbrechen, Gefühl zu Drang auf Stuhl, Mangel an Wollustgefühl, Schmerz bei Coitus. Der erste heftige Anfall von Unterleibsentzündung stellte sich im Winter 1867 ein; begann mit Gallenerbrechen, Fieberbewegungen und heftigen Schmerzen im Unterleib. Sie lag nur eine Woche zu Bett; es entwickelte sich indessen von diesem Zeitpunkt ab ihr Leiden zu der jetzigen Bedeutung und Intensität. Sie glaubt, der Anfall sei zunächst veranlasst worden durch eine Erkältung. Der Winter war hier zu Lande aussergewöhnlich kalt, und so ging sie, leicht gekleidet, am Abende durch die Strasse, kam fröstelnd zu Hause an und begann bald zu fiebern.

Im Frühjahr 1868 siedelte sie wieder zur Behandlung nach Würzburg über, wo sie erst einer örtlichen Behandlung sich unterwarf und dann die Bäder von Kissingen und Brückenau besuchte.

Im Sommer 1869 ging sie nach Carlsbad und hatte hier einen zweiten Anfall von Entzündung, der durch die Ausübung des Coitus nach zweijähriger Trennung von dem Manne zunächst veranlasst worden schien. Die Unterleibsentzündung war dieses Mal so stark, dass ihr Leben in Gefahr schien; es trat jedoch am 10. Tage ein ziemlich heftiger Blutfluss ein und mit ihm der Beginn der Besserung. Sie verliess, als sie sich soweit erholt hatte, Carlsbad, und begab sich nach Franzensbad, wo Dr. Fürst ein Exudat im Unterleibe diagnosticirte. Hier hatte sie noch eine Zeit lang das Bett zu hüten, gebrauchte die Moorbäder, sowie den übrigen Curapparat und fühlte sich darauf für einige Zeit recht behaglich. Den Winter brachte sie wieder zur Behandlung in Würzburg zu, wo sie im November einen dritten Anfall hatte, doch von geringerer Intensität.

Ende December indessen, wieder ohne allen Grund eine sehr heftige Unterleibsentzündung, welche sie durch sechs Wochen ans Bett fesselte.

Im Mai 1870 kehrte sie nach Amerika zurück und erkrankte wieder heftig zum vierten Male im Juli d. J., und zwar ging dieses Mal die Entzündung in Abscessbildung über; es soll genug Eiter abgeflossen sein, um eine Flasche zu füllen.

Im Winter desselben Jahres folgte ein fünfter, leichterer Anfall.

Im September 1871 eine sechste heftige Unterleibsentzündung, so dass ihr Arzt glaubte, es würde wieder zur Eiterbildung kommen.

Sie kam nun im März 1872 nach New-York in meine Behandlung, und ich fand folgenden Zustand.

Trotz all der Erschütterungen, welche ihr Körper erfahren, sah Frau F. wohlgenährt und gesund aus. Sie klagte hauptsächlich über einen dumpfen Schmerz und Stechen in der linken Seite, die sich nach Hüften und Kreuz hinziehen; Gefühl von Spannung in rechter Seite, und Druck auf den Mastdarm; Kopfschmerzen, die bei jedem Anfall mit Erbrechen endigen; Athemnoth, Beklemmung in der Herzgegend. Beischlaf schon seit langer Zeit unmöglich, kein fluor albus; Regel alle 4 Wochen, gering, durch 3—4 Tage, leichte Schmerzen am ersten Tage. Der Uterus steht ziemlich in der Mitte des Beckens, leicht nach vorn geneigt. Beide Ovarien bedeutend vergrössert, sehr schmerzhaft bei Berührung, und umgeben von sehr deutlich fühlbaren, massenhaften, weich-elastischen Exudatsträngen. Ueberhaupt ist der ganze hintere Beckenraum von kleineren und grösseren Exudatmassen ausgefüllt, die indessen so dehnbar sind, dass der Uterus wenig von seiner Beweglichkeit eingebüsst hat. Auf der hinteren Lippe befindet sich eine kleine, oberflächliche Erosion, die Sekretion ist mässig stark, gelb und fadenziehend.

Unter diesen Umständen konnte nur Erfolg von einer sehr eingreifenden Behandlung erwartet werden. Und zwar bestand der Erfolg in diesem Falle höchstens in Entfernung der noch löslichen, aus alten und neuen Schwarten bestehenden Ablagerungen im kleinen Becken. So lange die Ausschwitzungen älteren Datums noch recht starr und hart sind, lässt sich noch eine Aufsaugung erwarten, wenn aber einmal, wie hier, eine gummiartige Elasticität und Derbheit eingetreten, so leisten Arzneimittel, in welcher Form sie auch gereicht werden mögen, gar Nichts mehr.

Ich behielt Patientin ein Paar Wochen zur Beobachtung in meiner Nähe und ersuchte sie dann, das Soolbad St. Catherines in Canada den Sommer hindurch zu gebrauchen.

10. Frau S..... ging in ihrem 21. Jahre in die Ehe mit einem deutschen Kaufmann und zwar zu Anfang des Jahres 1867. Ich hatte die junge Dame lange Zeit vor ihrer Heirath behandelt. Sie litt an Erscheinungen, welche auf die Gegenwart eines Magengeschwüres hindeuteten, wesshalb ich sie eine strenge Milchkur in den Bergen in der Nähe von New-York durchmachen liess, worauf sie dann mit gesundem Körper heirathete. Es war mir bekannt geworden, dass der Bräutigam von einem meiner Freunde, und zwar einem Spezialisten in diesem Fache, an einer sehr hartnäckigen Gonorrhoe behandelt wurde, erfuhr aber zugleich, dass er 3 Monate vor der Heirath vollkommen hergestellt war. Der Fall, den ich zu beschreiben habe, ist so charakteristisch für die Entwicklung und die Aetiologie der Perimetritis, dass ich vor Allem dem Einwurf entgegentreten muss, welcher hier gewiss von Skeptikern gemacht werden wird, nehmlich dem, dass schon vor dem priesterlichen Segen das Ehebündniss praktisch vollzogen worden sei. Vorerst will ich erwähnen, dass dieser und ähnliche Einwürfe sich consequenter Weise auf alle hier veröffentlichten Krankheits-

schilderungen übertragen müssten, und wer immer geneigt sein mag, die Sache so aufzufassen, der ist ersucht, das Werk sofort aus der Hand zu legen, da ich es nicht an diesem Orte unternehmen kann, jedes Mal mitzutheilen, wesshalb ich Herrn A. und Frau B. für anständige, sittliche Menschen halte; und ich will hier ein für alle Mal erwähnen, dass ich eine ganze Masse Material desshalb als werthlos weggelassen, weil die Angaben der Betreffenden nicht ganz vertrauenswürdig erschienen, oder weil ich mit den einzelnen Persönlichkeiten nicht hinlänglich bekannt geworden, um mir ein genügendes Urtheil über die Sittlichkeitsverhältnisse des betreffenden Ehepaars zu bilden.

In Bezug auf den vorliegenden Fall nun, hat mir Alles zu Gebote gestanden, um mir über die Verhältnisse, welche hier zur Sprache gekommen, ein Urtheil zu bilden, und ich kann einfach versichern, dass auch nach der Ehe Nichts passiert ist, was etwa eine frische Ansteckung bei dem Manne oder der Frau hätte herbeiführen können.

Als die Ehe geschlossen war, theilte ich — belehrt durch vorhergehende Erfahrungen — meinem Freunde die Ueberzeugung mit, dass Herr S., trotzdem dass er von einem Spezialisten behandelt und geheilt sei, doch seine Frau anstecken würde, ein Ausspruch, der natürlich als unmöglich von der Hand gewiesen wurde.

Und was geschah? Frau S. concipirte zu Ende des Sommers, fühlte sich anfangs mässig wohl, begann aber zu Anfang 1868 über Schmerzen im Unterleibe zu klagen, die sich zwar auf den Gebrauch von Narcoticis verloren, aber nie für längere Zeit zum Schwinden gebracht wurden. Und so kam sie denn am 9. April mit einem todten Kinde, drei Wochen vor dem normalen Ende der Schwangerschaft nieder. Bei der Schnelligkeit, mit welcher die Geburt von Statten ging, war ein Dammriss, der jedoch die Afterschlussmuskel nicht berührte, zu Stande gekommen.

Schon in den ersten Tagen des Wochenbettes stellten sich leichte Fieberbewegungen ein, die nun auf eine sehr charakterisirte Endometritis, Perimetritis und Vaginitis, mit profusem eitrigen Ausflusse, zurückgeführt werden konnten.

Etwa 10 Tage nach der Entbindung machte Patientin mich auf eine Stelle am Scheidenausgange aufmerksam, welche heiss und geschwollen sich anfühlte, und es zeigte sich nun bei einer Inspektion, dass die ganze oberflächlich vernarbte Dammwunde mit einem dichten Bündel spitzer Condylome weit hinauf in die Scheide dicht bedeckt war. Ich habe so viele granulirende Dammflächen unter allen Verhältnissen gesehen, dass von einer Verwechselung mit einfach luxuriöser Granulation nicht die Rede sein konnte. Sie erholte sich sehr langsam, und hat bis jetzt (1872) wenige gesunde Tage mehr gehabt.

Sie ward im Laufe des Sommers wieder schwanger, und abortirte ohne alle nachweisbare Veranlassung nach zweimonatlicher Schwangerschaft am 28. August desselben Jahres.

Seit der Zeit fing die Regel an in unregelmässigen lang gedehnten Pausen zu erscheinen. Bei einer Untersuchung zu Anfang 1869 stellte

sich heraus, dass Frau S. an heftigen Kreuzschmerzen und einem belästigenden Gefühl litt, als ob die Genitalien zu enormer Grösse anschwellten. Ich fand den Uterus leicht gesenkt, sehr erweicht in seinem Gewebe, und seine Umgebungen, Ovarialgegend und Douglas'scher Raum sehr schmerzhaft bei Berührung.

Dabei eine profuse eitrig-schleimige Sekretion, welche den Muttermund, wie die äussern Genitalien erodirte.

Mein Hauptaugenmerk auf Beseitigung des krankhaften Zustandes der Uterinschleimhaut gerichtet, wurden erst stärkere, dann schwächere Lösungen von Adstrigentien (namentlich Eisentinktur) auf die Cervikal- und Körperschleimhaut applicirt, mit dem Erfolge, dass die wunden Stellen sich überhäuteten, und die Sekretion so weit gebessert war, dass Patientin den Sommer zur Erholung wieder die Landluft geniessen konnte.

Die Kräftigung des Körpers ward indessen nur theilweise erreicht, da zu Ende Sommers ein Paar Fieberanfälle, welche der Beschreibung nach für Intermittens genommen werden konnten, wieder Gefühl von Schwäche, sowie Kreuz- und Unterleibsschmerzen im Gefolge hatten.

Frau S. kehrte Ende August zur Stadt zurück, in mässigem Wohlbefinden, das indessen am 14. September durch einen neuen Fieberanfall unterbrochen wurde. Bei genauerer Untersuchung stellte sich indessen für dieses Mal heraus, dass Frau S. einen Anfall von akuter Perimetritis hatte, mit continuirlichem Fieber, bedeutend aufgetriebenem Unterleibe, Harn- und Stuhlbeschwerden. Ich fand bei der innern Untersuchung den Uterus nach vorn gegen die Lymphyse gedrängt, und den ganzen Douglas'schen Raum wie ausgegossen mit einem erstarrten Exudate.

Die Behandlung mit Eis und Chinin hob die akuten Symptome bald, und die fortschreitende Aufsaugung der abgesetzten Massen konnte von Tag zu Tag durch die Untersuchung constatirt werden. Sie musste das Bett indessen 5 Wochen hüten und erholte sich sehr langsam so weit, dass sie wieder ausgehen konnte.

Auf diese akute Erkrankung folgte nun eine Periode verhältnissmässigen Wohlbefindens, d. h. es gab Wochen, wo sie ihren häuslichen Geschäften ohne Beschwerden nachkommen konnte.

Bald begannen indessen die alten Klagen, Gefühl von Vollheit, Spannung, Schwere im Unterleib, Schmerz tief im Kreuz, Unvermögen auch nur kurze Strecken zu gehen, sowie sehr lästiger, häufiger Drang zum Wassermachen, namentlich 8—10 Tage vor zu erwartender Regel.

Es zeigte sich bei einer Untersuchung im Februar 1870, dass die Sekretion wieder gerade so stark wie früher, und die Erosion am Muttermunde wieder in voller Blüthe standen. — Ausserdem aber konnte man jetzt beide Eierstöcke sehr deutlich zu Seiten des Uterus von der Vagina aus fühlen. Namentlich wurde der rechte beim Berühren als Sitz des Hauptschmerzes bezeichnet. Derselbe war bedeutend geschwollen, tiefer herabgesenkt und dicht an den Uterus angelagert.

Patientin ist nun seit dieser Zeit (die letzten zwei Jahre hindurch) immer fort mit Unterbrechungen von zwei Wochen bis zu drei Monaten in Behandlung. Bald treten die Beschwerden beim Gehen oder Fahren, bald der Harnzwang, bald der Ausfluss, bald Zeichen der Blutleere, in solchem Grade lästig hervor, dass jede einzelne Erscheinung ihre spezielle Behandlung erfordert.

Es gibt Zeiten, wo die innere Untersuchung nichts Abnormes nachweist, und das hängt nicht mit dem genäherten oder entfernten Menstruationstermine in diesem Falle zusammen. Der Ausfluss wird ohne allen nachweisbaren Grund geringer, der Uterus ist fester in seinem Gefüge, das hintere Scheidengewölbe weniger hervorgewölbt; nur ein Symptom ist immer vorhanden, selbst bei dem besten Wohlbefinden, es ist ein sehr intensiver Schmerz, bei Druck auf die hintere Wand des Cervix mit Druckrichtung nach vorn, wobei die Fasern des Utero-Sacralperitoneums angespannt werden.

Ich übergehe es, Betrachtungen über die Diagnose dieses exquisiten Falles von chronischer Perimetritis, als Hauptsymptom der latenten Gonorrhoe, hier anzustellen, da dieselbe im Verlaufe genügsam wird besprochen werden. Dasselbe bezieht sich auf die Therapie.

Wir haben hier ein charakteristisches Exemplar von crux medicorum der Neuzeit; vor 20 Jahren würden wir mit ihr, als Hysterica leichtes Spiel gehabt haben, heute erkennen wir physische Störungen, die wir uns vergebens abplagen, auf die Dauer zu heilen.

11. Frau B....., Brünette, von auffallend lebhaften Farben, erwarb sich, da sie elternlos geworden, ihren Unterhalt als Erzieherin in einer deutschen Familie New-York's und lernte dort im Jahre 1858 einen Mann kennen, in dessen Familie ich Hausarzt war. Derselbe hatte sich vor der Verlobung einen Tripper geholt, dessen akutes Stadium abgelaufen und nun als Nachtripper, in Form einer sehr geringen dünnflüssigen Sekretion, den Herrn desshalb zu geniren anfing, weil er im Begriffe stand in die Ehe zu treten. Obschon ich zu der Zeit von der Schadlosigkeit eines derartigen Zustandes in Bezug auf Ansteckungsfähigkeit fest überzeugt war, so gab ich mir doch die grösste Mühe, auch die letzten Spuren des unwillkommenen Gastes zu verdrängen, und versuchte alle möglichen Mittel in Form von Einspritzungen und Salben, um Herrn B. zu curiren. Zuletzt consultirte ich einen Collegen, welcher viel Erfahrung in dieser Sache hatte, und übergab ihm den Kranken zur Behandlung. Derselbe ward denn auch vermittelst Einspritzungen einer Lösung von Silbersalpeter, durch einen vorher eingeführten Katheter injicirt, vollständigst curirt. Es war dies der erste Fall, wo ich mir die Frage ernstlich vorzulegen hatte, ob ein Mann, der mit einem leichten Nachtripper in die Ehe geht, nicht Gefahr läuft, seine Frau anzustecken. Ohne eigentlich die Folgen desselben zu fürchten, schien es mir aus allgemeinen Prinzipien der Hygiene gerathen, den Ehemann in die bestmöglichen Verhältnisse zu bringen, ehe ihm erlaubt ward, seine Frau zu berühren.

Aber was geschieht? Hier treten eine vollkommen gesunde Frau und ein zwar erkranktgewesener, aber, nach allem ärztlichen Ermessen, genesener Mann ins Ehebett — und, die Frau erkrankt bald nachher, durchläuft, selbst wiederholt, grosse Gefahren für ihr Leben und muss sich zuletzt nach Jahre langem Leiden in ihr trauriges Schicksal ergeben, ein kinderloses Leben zu führen.

Denn schon im ersten Jahre der Verheirathung besucht sie mich, um zu erfragen, wesshalb sie nicht schwanger würde. Ich erfuhr dann, dass seit einiger Zeit die Regel, welche früher normal ohne die geringsten Schmerzen aufgetreten, unregelmässig in Bezug auf Quantität und Periodicität geworden, und dass ein weisser Ausfluss ihr vorherginge und folge, was in früheren Jahren nie der Fall gewesen. Bei der innern Untersuchung fand ich den Uterus in normaler Stellung, den Cervix leicht geschwollen; durch das Spekulum zeigte sich eine breite mit hochrothen Pupillen besetzte Erosion rings um den Muttermund. Die Einführung der Sonde traf am äussern und namentlich am innern Muttermunde auf Widerstand beim Einführen, und als dieselbe weiter hinaufgeschoben ward, entstand ein Schmerz intensivsten Grades nicht nur, sondern Schwindel, Dilatation der Pupillen und Herabgehen des Pulses bis auf 50 Schläge in der Minute. Alle diese Erscheinungen hielten noch eine Zeit lang nach Entfernung der Sonde an und erregten in mir beim ersten Erscheinen einen nicht geringen Schrecken. Das Geschwür ward zuerst in Behandlung genommen und heilte langsamer, als ich erwartet. Da es schwierig war, die Arzneimittel hoch genug in den Cervikalkanal hinaufzuschieben und überhaupt der enge Muttermund mir als ein Hinderniss für die Conception erschien, so machte ich beiderseits einen tiefen Einschnitt in die Seitenwände des Halses, ohne indessen den innern Muttermund zu berühren, und tamponirte mit Watte.

Da Patientin ausserhalb der Stadt wohnte, so gab ich meine Verordnungen für die nächsten Tage, ward aber am vierten Tage in aller Eile zu ihr beschieden. Ich fand sie zu Bette, mit starkem Blutverluste, und erfuhr, dass das Bluten sehr bald nach der Operation begonnen, Morgens gering gewesen, und regelmässig um 4 Uhr Nachmittags unter den heftigsten kolikartigen Schmerzen sich zu einem heftigen Blutflusse gesteigert habe. Ich legte den Muttermund blos, cauterisirte die Wunden, welche gar keine Anstalt zum Vernarben gemacht hatten, mit Argt. nitric. und empfahl eiskalte Umschläge zu machen. Die zwei folgenden Tage erneute Metrorrhagie Nachmittags, so dass ich faustdicke Coagula aus der Scheide entfernte. Endlich ward durch Application von liqu. ferri sesqu. und energischem Tamponiren der Blutung Einhalt gethan.

Etwa drei Wochen später kam Patientin wieder zur Stadt, und ich fand das Geschwür so gross, wie zu Anfang der Behandlung. Erneute Applikation von Cauterien und Adstringentien. Es traten nun Schmerzen in der linken Seite auf, welche früher nie vorhanden gewesen, und der Ausfluss ward eher schlimmer als besser. Die Opera-

tion fand im Frühjahr 1859 statt. Bis zum Oktober hatten sich die Schmerzen im Unterleibe so gesteigert, dass Frau B. ihr Bett hüten musste, und als ich eines Nachts zu ihr gerufen ward, fand ich sie laut schreiend vor Schmerzen, die so heftig waren, dass nur wiederholte grosse Dosen (1 Theelöffel zur Zeit) der T. opii simpl., per os et anum applicirt, nach und nach die akutesten Schmerzen stillten. Der Leib war dabei mässig aufgetrieben und bei der allergeringsten Berührung sehr schmerzhaft. Es entwickelte sich nun in den folgenden Tagen eine Peritonitis, welche auf die linke Beckenseite beschränkt war, wobei eine solide Exudatmasse deponirt wurde, deren Scheitel sich eine Handbreit oberhalb des ram. horizont. pubis durchfühlen liess. Es nahm mehrere Monate bis Frau B. sich soweit erholte, dass sie stehen und gehen konnte, und sie zog nun in die Stadt, um den fortwährenden Unterbrechungen in der Behandlung, welche durch die grosse Entfernung bedingt waren, zu entgehen.

Die Hauptmasse des Exudates löste sich rasch; kleinere harte, kugelige Narbenmassen liessen sich indessen noch sehr lange hinterher durch die Scheide fühlen.

Den Winter nahmen die Versuche ein, die Erosion und den Katarrh des Uterus zum Schwinden zu bringen. Es gelang endlich durch starke Lösungen von Cuprum sulfur. und gleichzeitige Anlegung einer eiternden Fläche oberhalb der Symphyse. Der Sommer 1860 verlief günstig, es zeigte sich indessen bei einer Untersuchung im Herbste, dass das Geschwür und der Ausfluss gerade wieder wie zu Anfang der Behandlung waren.

Mitten im besten Wohlbefinden ward Frau B. im Oktober d. J. von einer neuen Unterleibsentzündung befallen, die zwar in ihren subjektiven Erscheinungen nicht ganz so heftig war, wie die erste, aber Exudate setzte, welche zu beiden Seiten des Uterus als stark mannsfaustgrosse Tumoren durchgefühlt werden konnten. Dieses Mal hielt das Fieber länger an, die Absorption ging viel langsamer von Statten, als das erste Mal, und Patientin erholte sich so langsam, dass sie noch nicht im Frühjahr 1861 ihre früheren Kräfte wiedererlangt hatte. Der Sommer verlief indessen ohne bedeutende Beschwerden, und ich ward von ihr angegangen, ihr Verhaltungsmassregeln anzugeben, um einen erneuten Anfall im Herbste dieses Jahres zu vermeiden. Ich rieth ihr den Gebrauch von Friedrichshaller Bitterwasser mit Beschränkung der Diät an, und entweder diese Verordnung, oder die nun durch die beiden heftigen Insulte verminderte Reizbarkeit des Peritoneum, liessen einen dritten Anfall nicht zu Stande kommen.

Da indessen das ersehnte Ziel einer Conception doch wieder in weite Ferne gerückt schien, und noch mancherlei Schmerzen und Unregelmässigkeiten in der Funktion der Unterleibsorgane eine weitere Behandlung wünschenswerth erscheinen liessen, so ward, mit meiner Zustimmung, eine Reise nach Europa zu einen der hervorragendsten deutschen Gynäkologen beschlossen.

Beim Weggehen stand der Uterus exquisit in rechtsseitiger Latero-

version, während links hinter und neben demselben, harte Exudatmassen von der Grösse einer Erbse bis zu einer Haselnuss und derbe Stränge von vorn nach hinten verlaufend sehr deutlich durchgefühlt werden konnten, die beim Berühren als Sitz der Schmerzen bezeichnet wurden.

Patientin kam nach einer kurzen Behandlung im Herbste zurück, mit einem Briefe von dem bezeichneten Collegen, worin zu lesen stand, dass sie vollkommen geheilt sei, und überhaupt nur an einem Cervikalkatarrh gelitten habe. Die Untersuchung ergab indessen den alten Zustand. Dieselben Exudate links, viel schleimiges Sekret mit gelben Flocken und das Geschwür nahezu im alten Zustande. Ich rieth ihr nun, ruhig abzuwarten, was die Wirkung der europäischen Reise bringen würde. Ich habe Patientin in den letzten Jahren (bis 1870) gelegentlich gesehen, und es ist ein Zustand eingetreten, der nicht selten sich zu Ovarialleiden hinzugesellt, nehmlich ganz bedeutende Fettleibigkeit, die bisher bei keinem Gliede ihrer Familie beobachtet wurde. Sie fühlt sich verhältnissmässig wohl, bleibt steril, und leidet nur, wenn sie sich ungewöhnlichen Anstrengungen aussetzt.

12. Frau Ch. F. H...., in New York geboren, aber von deutschen Eltern abstammend, lässt mich im September 1871 rufen, in der Hoffnung Jemanden zu finden, der eine Radikalcur für ihr vieljähriges Leiden kenne, nachdem eine Anzahl Spezialisten vergebens ihre Wissenschaft an ihr erprobt. Und so lautete denn die erste Frage, die sie an mich stellte: Können Sie chronische Ovaritis heilen?

Trotzdem dass sie schon seit Anfang Juli zu Bette lag, hatte sie bei ihrer kräftigen Constitution noch rothe Backen und einen vortrefflichen Appetit; überhaupt übte das Lokalleiden nicht den geringsten Einfluss auf ihr Allgemeinbefinden. Ich erfuhr nun bei genauem Examen, dass Frau H. sich vor nahezu 8 Jahren verheirathete mit einem Manne, der zwei Jahre vorher mit einer hartnäckigen Gonorrhoe behaftet gewesen war, dass sie als Mädchen nie krank gewesen, im ersten Jahre der Ehe schwanger ward und ein noch lebendes gesundes Kind gebar.

Vier Jahre später ward sie wiederum schwanger und abortirte im 2. Monate, und zwar ging Alles so wohl von Statten, dass sie nach ein paar Tagen wieder ihr Bett verliess. Eine Woche später indessen fing sie an, über Gefühl von Spannung und Unbehaglichkeit im Unterleibe zu klagen und noch eine Woche weiter, so musste sie das Bett wieder aufsuchen, denn es hatte sich eine intensive Entzündung mit hohem Fieber und bedeutender Auftreibung des Unterleibes entwickelt. Das Ereigniss fand statt im Februar 1868; sie hütete das Bett durch 12 Wochen und konnte erst im Juli wieder ausgehen. Seit dieser Zeit ist Frau H. nie mehr gesund geworden.

Im Sommer 1869 befand sie sich ziemlich wohl, hatte aber im October einen neuen Anfall von Unterleibsentzündung, der sie bis zu Ende December an das Bett fesselte. Den folgenden Sommer (1870) kränkelte sie an mannigfachen Schmerzen im Unterleibe, ohne jedoch genöthigt

zu sein im Bette zu liegen, und es war wie gesagt erst im Juli 1871, als der letzte und heftigste Anfall auftrat, an deren Folgen ich sie jetzt leiden sah.

Bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass der Unterleib leicht gewölbt, rechts und links gegenüber den Spin. antt. empfindlich bei leichtem Drucke war. Der Uterus war stark nach vorn geneigt und wenig beweglich, beide Ovarien, aber namentlich das linke, konnte deutlich durch die doppelte Untersuchung zwischen Zeigefinger der rechten und linken Hand geschoben und in ihren Verhältnissen geschätzt werden. Bei der Berührung gab Frau H. an, dass dieses die Punkte seien, von wo der Hauptschmerz und überhaupt ihr ganzes Leiden ausginge. Beide Ovarien waren, das rechte um das doppelte, das linke um das vierfache der Normalgrösse angeschwollen, deutlich abgerundet, und es fühlte sich das ganze Gewebe derselben gelockert und wenig derb an.

Bei dem Versuche, den Uterus aufzurichten durch Druck auf die hintere Cervikalwand, entstand sehr heftiger Kreuzschmerz, und beim Anspannen des Cul de Sac konnte ich feine Stränge fühlen, welche vom Uterus nach der vorderen Kreuzbeinfläche zu laufen schienen. Der ganze Cervix erschien im Speculum geröthet und geschwollen, wenig erodirt, profuser, dünner, eitriger Ausfluss.

Die wiederholte Anfrage der Patientin und ihrer Umgebung, ob eine Radikalcur möglich, und das Wiederauftreten der akuten Entzündungen zu vermeiden sei, wurde nicht bejaht und nicht verneint, da eine Prognose nach beiden Richtungen hin lautend, durch die Wirklichkeit hätte vereitelt werden können.

Die Behandlung richtete hauptsächlich ihr Augenmerk auf die erkrankten Ovarien. Es wurde zu dem Behufe eine methodische Anwendung von Eisblasen auf den Unterleib und der innerliche Gebrauch von Aurum mur. natronat. angeordnet und acht Wochen lang durchgeführt. Das Resultat war ein graduelles Abschwellen der Eierstöcke und ein Hinabsinken des Fundus uteri ins kleine Becken, derart, dass jetzt während der Behandlung eine exquisite Retroversion entstand, die sich zwar einige Mal, kurz vor und während der Regel, wieder in die alte Lagerung nach vorn umänderte, aber zuletzt constant blieb.

Der streng genommen als Ovaritis zu bezeichnende Zustand war, zu der Zeit, als ich Patientin zuerst sah, eben nur die Reste der abgelaufenen Perimetritis, ganz so wie bei Frau S., wo zuletzt, nachdem das ganze grosse Exudat absorbirt worden war, weiter Nichts übrig blieb, als geschwollene Eierstöcke.

13. Frau B .... aus New Orleans, 31 J. alt, Jüdin mit schwarzem Haar und dunkler Hautfarbe, heirathete vor 11 Jahren einen Mann, der drei Monate lang an einer Gonorrhoe gelitten, die mit einem allmählich versiegenden Nachtripper endete, und zwar soll seiner Angabe gemäss dieses 10 Jahre vor der Heirath passirt sein. Die Dame ging nun, vollkommen gesund, in die Ehe, war aber kaum 3 Monate verheirathet, als sie zu leiden anfing, und zwar zeigte sich zuerst Ausfluss aus der Scheide

geringen Grades, zu dem sich bald kolikartige Schmerzen im Unterleibe und Schwindelanfälle, besonders in der Frühe gesellten, welche mit heftigem Aufstossen und krampfhaftem Weinen endeten. Die Periode, welche bis dahin ohne viele Störungen verlaufen war, ward profuser und nach und nach so schmerzhaft, sowohl während der Sekretion, als Tage lang vorher, dass sie jetzt endlich, auch getrieben von dem Wunsche, die Ursache der Sterilität zu erfahren, ihre Scheu überwand und einen Arzt in New Orleans consultirte. Die dringendsten Erscheinungen wurden zwar temporär beseitigt, aber die Aussicht auf eine Radikalcur verschwand doch nach und nach, so dass Frau B. sich entschloss, ihr Heil bei einer europäischen Celebrität aufzusuchen. Sie begab sich denn vor jetzt 5 Jahren in die Behandlung eines wohlbekannten und mit Recht sehr geschätzten Mannes in Heidelberg, welcher es für nöthig fand, wegen bedeutender Dislokation des Uterus ihr ein intra-uterines Pessarium einzuführen. Das Instrument war aber kaum eingeführt, als sehr heftige Schmerzen dessen Entfernung nothwendig machten. Dies geschah; es entwickelte sich indessen eine auf das Beckenbauchfell beschränkte Entzündung, welche sie 10 Tage an das Bett fesselte, und von deren Folgen sie sich nur sehr langsam erholte, ja für längere Zeit so geschwächt blieb, dass sie die Behandlung in Heidelberg nicht fortsetzen konnte, sondern zur Erholung eines der deutschen Eisenbäder besuchte.

Sie kam in nahezu demselben Zustande, wie sie New York verlassen, zurück und consultirte Dr. Emmet, welcher zu einer Operation rieth und dieselbe auch in der Weise, wie er sie zur Hebung der Anteflexion empfohlen, ausübte. Die Folge war, dass die dysmenorrhoischen Beschwerden nahezu ganz verschwanden, während die übrigen Leiden, namentlich die Störungen im Allgemeinbefinden, als Schwindel und unbegründetes Angstgefühl, sowie die Schmerzen bedeutenden Grades 8 — 10 Tage vor Eintritt der Regel, nicht im geringsten influencirt wurden.

Vor etwa 2 Jahren kehrte sie dann nach New Orleans zurück und begab sich in die Behandlung eines Gynäkologen. Frau B., deren Beobachtungsgaben durch viel Erlebtes an ihrem Körper bedeutend geschärft worden, erzählte nun, dass die Einführung der Sonde immer sehr schmerzhaft gewesen, bei einer besonderen Gelegenheit aber, mehr noch als gewöhnlich, dass der Schmerz nach Entfernung des Instrumentes sie nur auf kurze Zeit verlassen, bald wieder gekehrt in heftigem Grade, und endlich in einen neuen Anfall von Peritonitis überging. Sie litt dabei unendlich mehr, als bei der ersten Attacke in Heidelberg, war zwei Monate ans Bett gefesselt und seit der Zeit elender gewesen, als je zuvor.

So kam sie denn Anfang September 1871 in meine Behandlung, kaum im Stande ein paar Schritte zu gehen, ohne von Schmerzen und Schwindelanfällen übermannt zu werden.

Als Sitz des constanten und quälendsten Schmerzes wurde die linke Ovarialgegend angegeben. Der Bauch war flach, die Muskeln sehr an-

gespannt, und über die ganze untere Hälfte des Leibes bestand übergrosse Empfindlichkeit bei Druck; besonders in der linken Seite. Beim Untersuchen durch die Scheide fand sich das ganze Gewebe des Uterus geschwollen und aufgelockert; derselbe war leicht nach rechts geneigt, und dabei bestand eine Anteflexion, wobei der Körper mit dem Halse einen rechten Winkel bildete. Der Schnitt der Emmet'schen Operation, welcher die hintere Hälfte des Cervix in zwei Hälften theilte, war so fest wieder vernarbt, dass es kaum möglich war, die Spuren der Operation noch aufzufinden.

Der ganze Uterus sowohl, wie die Gegend des hintern und beider seitlichen Vaginalgewölbe, schmerzhaft bei Berührung, und zwar vor allem das linke Ovarium, welches bedeutend geschwollen, abgerundet, und der Mittellinie näher gerückt war. Beweglichkeit der Gebärmutter vermindert.

Dabei bestand ein sehr profuser, dünner, eitriger Ausfluss, und an der hintern Lippe eine hochrothe, oberflächliche Erosion; die übrige Schleimhaut des Halses, soweit sie durch das Speculum überblickt werden konnte, sah blauroth aus, von überfüllten Venen. Die Einführung der Sonde fing an schmerzhaft zu werden, als der Knopf kaum in den Cervikalkanal eingedrungen war, und erregte ganz unausstehliche Schmerzen, als er den Fundus berührte, so dass es schwierig war, die Untersuchung zu Ende zu führen.

Ich bestrebte mich bei der einzuleitenden Behandlung, vor Allem den krankhaften Zustand der Schleimhaut des Uterus zu beseitigen, und in zweiter Linie gegen die Neurosen der Centralorgane vorzuschreiten.

Ich begann versuchsweise mit methodischer Elektrisirung der Sympathicus am Halse, und fing an, den Uterus sehr vorsichtig mit graduell stärker werdenden Sonden zu traktiren, bevor ich zur Anwendung von Arzneimitteln überging.

Am 16. December glaubte ich nun soweit die Empfindlichkeit herabgesetzt zu haben, um mit vorsichtiger Einführung einer Salbe zu beginnen, eine Form der intrauterinen Arzneianwendung, die mir bis jetzt als die unschuldigste erschienen; aber vergebens. Am folgenden Tage stellte sich Schmerz im Unterleibe ein, und am 20. d. hatte sich eine akute Peritonitis, also der 3. Anfall nach der Heirath, eingestellt. Ich fand sie mit einem Pulse von 130 in der Minute, erhöhter Temperatur, stark aufgetriebenem, höchst empfindlichem Unterleibe, fortwährendem Erbrechen und grosser Prostration, so dass das Leben in Gefahr zu schweben schien. Ich konnte bei der innern Untersuchung, die erst nach einer Woche angestellt werden konnte, ein Exudat von der Grösse eines Hühnereies rechts neben dem Uterus durch Scheidenuntersuchung nachweisen. Bei der ursprünglich kräftigen Constitution der Patientin, welche glücklicher Weise die antipyretischen Arzneimittel in sehr hohen Dosen gut vertrug, erholte sie sich von dem heftigen Angriffe ziemlich rasch. Sie konnte am 24. Januar 1872 schon wieder ausgehen. Bei einer zu der Zeit angestellten Untersuchung war von dem Exudate nur

sehr wenig mehr zu fühlen, doch war die Stelle noch äusserst empfindlich bei der leisesten Berührung.

Ueberhaupt war der Uterus mit der ganzen Umgebung wieder bedeutend empfindlicher geworden, als er bis zu Eintritt des Anfalles gewesen. Auch steigerten sich die Schmerzen zur Zeit der Periode, die anfing sehr profus zu werden, in bedeutendem Grade, und am 10. März 1872 ward Frau B. mit Eintritt der Periode zum 4. Male von einer Entzündung des Unterleibes befallen, während die frühern Anfälle ausserhalb der Menstruationsepoche aufgetreten waren. Der Anfall war kürzer — sie hatte nur 14 Tage das Bett zu hüten — und weniger intensiv, obgleich zu Zeiten die periodisch auftretenden kolikartigen Anfälle (alle 3 — 5 Minuten) so heftig waren, dass die Frau laut aufschreien musste und der Verzweiflung nahe, sich auf ihrem Lager herumwälzte. Die definitive Besserung trat endlich ein mit dem Auftreten spontaner, profuser, wässeriger Darmentleerungen.

14. Frau S...., grosse, starke, gesunde Brünette, Jüdin, immer gesund bis zu ihrer Heirath vor 4 Jahren. Wird gleich schwanger und leidet während der ganzen Zeit sehr viel, kommt im 7. Monat ohne äussere Veranlassung, nachdem sich die Schmerzen immer gesteigert haben, nieder, Kind lebt nur ein paar Stunden. Sofort nach der Entbindung Schmerzen in der Seite, und Erscheinungen von heftiger puerperaler Endometritis, mit eitrigem Ausfluss.

Sie erholt sich indessen wieder, und bekommt 6 Wochen später ihre Periode sehr stark, die sich seit der Zeit alle 4 Wochen wiederholt, und zwar so heftig durch 8 Tage hindurch, dass sie das Bett hüten muss und von ihrem Arzte durch ein Jahr lang vergebens wegen dieser Menorrhagie behandelt wird.

Etwa 14 Monate nach Geburt des Kindes kommt Patientin in meine Behandlung, ich finde einen etwas tiefer stehenden, vergrösserten Uterus, der wenig schmerzhaft ist. Mit der Sonde entdecke ich oben am Fundus rauhe Stellen. Nach Erweiterung mit Pressschwamm entferne ich mittelst der Curette eine Anzahl kleiner Granulationen, und die Blutung ist seit der Zeit gestillt.

Diese kleine Operation geschah im Jahre 1864, und obgleich das eigentliche Leiden, wesshalb ich consultirt wurde, gehoben war, ist Frau S. durch die nächsten 5 Jahre eigentlich nie für längere Zeit aus meiner Behandlung entlassen worden.

Es stellte sich der Wunsch einer neuen Schwangerschaft ein, und ich behandelte sie denn an dem einzig abnormen Zustande, der etwa zur Erklärung der Sterilität dienen konnte, nehmlich einer Erosion, welche in Form eines schmalen Streifens den Muttermund dicht umgab, und an einer dünnflüssigen, gelegentlich ziemlich profusen, Sekretion des Uterus.

Im Frühjahr 1867, nachdem ich Patientin durch mehrere Monate nicht gesehen, ward ich zu ihr gerufen wegen heftiger Schmerzen in der Magengrube, die sich von hier über einen grossen Theil des Unterleibes

herab erstreckten. Ich fand Frau S. leicht fiebernd, und den etwas gespannten Bauch bei Druck schmerzhaft. Bei der innern Untersuchung konnte ich denn ein ganz frisches, etwa taubeneigrosses, noch teigiges Exudat links und hinten neben dem Uterus constatiren. Durch Anwendung von kalten Aufschlägen und den innern Gebrauch von Chinin, stellte sich bald das frühere Wohlbefinden wieder ein, und die Aufsaugung der abgelagerten Masse ging rasch von Statten.

Ein zweiter Anfall ähnlicher Art, ereignete sich bei ihr im Winter desselben Jahres, und zwar, wie sie behauptet, nach übermässigem Tanzen. Die Ausschwitzung fand an derselben Stelle statt, und verschwand eben so rapid wie die erstere. Der Wunsch, Mutter zu werden, drängte sie, Hülfe in Europa zu suchen, und sie ging nach Wien, wo sie den Rath erhielt, ein Eisenbad zu gebrauchen. Ich habe sie indessen nach ihrer Rückkunft im Jahre 1869 wieder an demselben alten Ausflusse behandelt, der denn auch temporär zum Verschwinden gebracht wurde. Bis jetzt indessen (1872) ist Frau S. steril geblieben. Der Uterus steht, soweit ich bei der grossen Fettleibigkeit der Patientin beurtheilen kann, ganz normal, und lässt überhaupt nichts Krankhaftes erkennen.

Bald nachdem ich eingesehen, dass trotz scheinbar normaler Beschaffenheit der Theile die gewünschte Conception sich nicht einstellte, ersuchte ich Herrn S. um eine Unterredung und fand denn auch, dass er etwa 3 Jahre vor der Heirath einen Tripper gehabt, der zwar in seinem akuten Stadium rasch geheilt, sich aber in einen hartnäckigen Nachtripper hineinschleppte, dessen letzte Spuren indessen, lange vor der Heirath verschwunden waren.

Bei sehr genauem Eingehen auf seinen Gesundheitszustand in der allerletzten Zeit stellte es sich indessen heraus, dass derselbe gelegentlich an schmerzhaftem Harnen litt, welcher Zustand einem Blasencatarrh zugeschrieben wurde. Ich verwies Patienten an einen Spezialisten, und es zeigte sich bald, dass derselbe zwar keine abnorme Sekretion, wohl aber noch eine Striktur besass, welche die Harnbeschwerden erklärten.

III. Chronische Perimetritis.

Die diagnostischen Merkmale der Perimetritis und besonders der chronischen, im Gegensatz zur Parametritis, sind bis zum heutigen Tage noch ungenügend entwickelt, trotzdem, dass in den letzten Jahren von vielen Seiten die Erörterung dieser Zustände in lebhafter Diskussion aufgenommen worden ist.

Eine gute Uebersicht über den jetzigen Stand der Frage hat Dr. Brown in einem, Anfang April 1872 in der New-York Academy

of Medicine gehaltenen und in den Bulletins der Gesellschaft veröffentlichten*), recht lesenswerthen Aufsatze vorgelegt. Nach einem Rückblick auf die Entwicklung unserer Kenntnisse in dieser Richtung bis 1868, erkennt er Dr. G. Thomas aus New-York das Verdienst zu, der Erste gewesen zu sein, der den Versuch gemacht habe, in seinem damals veröffentlichten Handbuch der Frauenkrankheiten die beiden Affektionen nicht nur diagnostisch, sondern überhaupt klinisch geschieden und ausgiebig beschrieben zu haben, was man desshalb nicht von Bernutz sagen könne, weil derselbe, obschon er die Unterscheidungsmerkmale zwischen beiden Affektionen aufgeführt und auch Perimetritis ausgiebig besprochen, die Parametritis dermassen in den Hintergrund gestellt, dass von einer ebenbürtigen Behandlung beider Gegenstände nicht die Rede sein könnte. Dr. Brown erwähnt noch der Behauptung von Mathews Duncan, dass die differentielle Diagnostik der beiden Affektionen, bis jetzt noch, zu sehr wenig befriedigenden Resultaten geführt habe, und dass es überhaupt nur in Ausnahmsfällen möglich sei, eine exakte Diagnose zu machen. Er beklagt endlich mit Recht die Vernachlässigung, welche bisher diesem Kapitel in deutschen Handbüchern der Gynäkologie zu Theil geworden ist. Ich erwähne desshalb hier im Folgenden der Ansichten des Dr. Brown, weil es der jüngste Versuch einer Diagnostik der, uns hier zunächst betreffenden, Perimetritis ist, und weil Dr. Brown ein Repräsentant unserer zuverlässigen, gut beobachtenden Gynäkologen ist, — um auf diese Weise den Stand der Frage bis auf die neueste Zeit, wenigstens in ganz kurzen Umrissen, darzulegen.

Er behauptet, dass es ihm etwa unter zwei Drittel aller Fälle, die zur Beobachtung kamen, möglich gewesen sei, eine Diagnose zu stellen und dieselbe am Krankenbette zu demonstriren, während bei dem anderen Drittheil gerechte Zweifel über die Richtigkeit der Auffassung in ihm aufgetaucht seien; und zwar war das Material aus Polykliniken entnommen, die Fälle daher überwiegend subakuter und chronischer Natur.

Die Beschreibung der physikalischen Zeichen, welche subakute und chronische Perimetritis charakterisiren, gibt er in folgender Weise: „Der Uterus besitzt, wie bekannt, einen bedeutenden Grad

*) Clinical Observations on Pelvic Peritonitis and Peri-uterine Cellulitis by James L. Brown, MD. New-York 1872.

von Beweglichkeit. Bei Frauen, welche nicht zu corpulent sind, und solchen, welche keine zu bedeutende Rigidität der Bauchwandungen besitzen, — i. e. bei der Mehrzahl der Frauen — kann man den Uterus, vermittelst der doppelten Untersuchung deutlich von allen Seiten befühlen und seine Form, Grösse, Stellung, sowie den Grad der Beweglichkeit mit grosser Sicherheit abschätzen.

Es ist nun eine der ersten und constantesten Wirkungen der Perimetritis, da wo sie heftig auftritt, diese Beweglichkeit zu vermindern. Der untersuchende Finger kann ihn weder nach oben, noch nach unten, noch seitlich verschieben. Es existirt mehr oder weniger vollkommene Fixirung derselben. Wir finden aber nicht nur Unbeweglichkeit vor, sondern auch Härte und Starrheit des ganzen Vaginalgewölbes. Man mag unter diesen Umständen den Finger vor oder hinter oder entlang beider Seiten des Cervix führen, er stösst hier auf einen derben Widerstand von fast knorpelartiger Consistenz. Gelegentlich begreift diese Härte nicht alles Gewebe, welches den Cervix umgibt, aber es verhält sich fast immer so, in sehr intensiven Fällen.

Bei Anfällen von geringerer Heftigkeit kann die Induration des Scheidengewölbes gering, sehr wenig umfangreich oder gar nicht vorhanden sein; ein gewisser Grad von Fixirung des Uterus ist indessen immer vorhanden.

Dabei existirt fast immer irgend eine Art von Dislokation des Organes. Es kann entweder nach vorn oder nach hinten flektirt, antevertirt oder retrovertirt, oder nach einer oder der anderen Seite hin geneigt sein, eine Lageveränderung der einen oder anderen Art ist immer vorhanden. Und zwar ist der Uterus in dieser abnormen Position gehalten durch Adhäsionen. Ausserdem fühlt man in einer verhältnissmässig kleinen Anzahl von Fällen eine deutliche Geschwulst, die sich meistens hinter dem Cervix befindet, in dem Douglas'schen Raume, gelegentlich aber auch seitlich, ganz in der Nähe des Uterus. Diese Geschwulst lässt sich selten durch die Bauchwandungen hindurchfühlen, sondern meist nur durch die Vagina."

Dieses sind, fährt Dr. Brown fort, alle physikalischen Zeichen der Peritonitis pelvica, in der subakuten oder chronischen Form, die sich mithin kurz so summiren: „Dislokation und Fixirung der Gebärmutter. Erhärtung (Hardness) des Scheidengewölbes, und das gelegentliche Vorkommen einer Geschwulst in solch unmittel-

barer Nähe des Uterus, dass sie einen Theil seiner Masse auszumachen scheint."

Und damit contrastirt er in seinem Resumé die charakteristischen Eigenthümlichkeiten der Parametritis folgendermaassen: „Bei Cellulitis finden wir immer eine Geschwulst, meist an einer Seite des Uterus, wenig oder keine Härte des Scheidengewölbes, und nicht viel Dislokation und Fixirung der Gebärmutter."

Obiges ist also die diagnostische Ausbeute alles dessen, was wir heutzutage über die in Frage stehenden Zustände wissen. Und ich schliesse daraus, dass die Akten über die Diagnose der chronischen Perimetritis noch lange nicht abgeschlossen sind. Es klebt der Abhandlung von Brown derselbe Fehler an, der bei Beurtheilung der Duncan'schen erwähnt worden ist, nehmlich das gleichzeitige Betrachten der peri- und parametritischen Affektion. Er ist vermöge desselben z. B. gezwungen, von chronischer Parametritis zu sprechen, die ja doch eigentlich gar nicht existirt. Eine Parametritis entwickelt sich immer aus einem akuten Anfalle, und setzt ein Exudat, das entweder eitert oder absorbirt wird. Und wenn auch die Zeit, in welcher die Absorption vor sich geht, gelegentlich drei bis sechs Monate in Anspruch nimmt, so ist es doch keine chronische Erkrankung in dem Sinne, wie das Wort chronisch heutzutage gang und gebe ist. Dagegen gibt es eine chronische Perimetritis, wie ich im Verlaufe noch weiter ausführen werde. Ein ferneres Unterscheidungsmerkmal zwischen dem chronischen Charakter der Perimetritis und der Parametritis im Allgemeinen besteht darin, dass erstere sehr häufig ohne jedwedes akute Stadium sich entwickelt, und zwar ebenso häufig, wenn nicht häufiger, als aus einem akuten heraus. Ich habe bei weitem mehr Frauen gesehen, deren Krankheit von Anfang bis zu Ende ohne akuten Schmerz, ohne erkennbare bedeutende Störungen in der Circulation der Unterleibsorgane, ohne Erhöhung des Pulses und der Temperatur verlaufen ist, als solche, bei denen sich die Affektion zuerst in akuter Form geäussert. Und nicht nur diagnostisch, sondern auch klinisch wichtig ist das Auseinanderhalten der beiden Affektionen. Während bei der Parametritis der akute Anfall immer das erste ist, gehen sehr häufig die akuten Anfälle der Perimetritis als Theilerscheinungen aus der chronischen Affektion hervor. Die Parametritis ist nur in dem Sinne chronisch, wie ein Erysipelas chronisch ist, welcher sich nach und nach von einer Stelle des

Körpers über andere Hautabtheilungen verbreitet. Ein fernerer Nachtheil, die Worte subakut und chronisch hier nicht scharf auseinanderzuhalten, zeigt sich darin, dass Zustände, welche bei der chronischen Perimetritis nie vorhanden sind, wohl aber im Verlauf des akuten Anfalles beobachtet werden, hier als beiden Stadien der Entwicklung in gleicher Weise angehörend, beschrieben worden sind. Es ist das die Induration und Starrheit des Scheidengewölbes in bedeutender Ausdehnung, oder auch nur auf einzelne Abtheilungen derselben beschränkt, wie sie Verfasser geschildert hat. Diese allerdings knorpelharte Induration des Scheidengewölbes tritt ein, einige Zeit nachdem das Exudat abgesetzt worden ist, ist immer der Vorläufer der Resorption und bleibt nie als chronischer Zustand fortbestehen.

Noch einen Punkt will ich beleuchten, worin der Verfasser der angedeuteten Schrift auch der Repräsentant der allgemein verbreiteten Ansichten ist. Er sagt: „Dabei (Perimetritis) existirt fast immer irgend eine Art von Dislokation etc. etc. . . . . und zwar ist der Uterus in dieser abnormen Position gehalten durch Adhäsionen.“ Hiermit erklärt Verfasser, dass es keine für die Erkrankung charakteristische Stellung des Uterus gibt. Denn, wenn alle möglichen Dislokationen, die überhaupt existiren, dabei vorkommen, so gibt es keine für die Erkrankung charakteristische Lagerung. Er hält, wie es scheint, an der alten Virchow'schen Ansicht fest, dass Dislokationen die direkte Folge der abgesetzten Exudate sind, dass also Dislokationen überhaupt Theilerscheinungen der Perimetritis sind, ob aber Anteflexion bedeutungsvoller, als Retroversion etc. etc., ist nicht angedeutet.

Ich werde später versuchen zu zeigen, welche Bedeutung die Stellung des Uterus in der Beurtheilung eines speziellen Falles einnimmt, und will nur hier im Allgemeinen erwähnen, dass Knickungen der Längenaxe absolut Nichts mit Perimetritis zu thun haben. Ist ja doch überhaupt heutzutage über die früher gehegte Ansicht, dass die Knickungen die direkte Folge der Adhäsionen seien, der Stab gebrochen. Wir können also diese ganze Klasse der Dislokationen unberücksichtigt lassen, und da wo sie in Begleitung von Perimetritis vorkommen, einfach als Complikationen auffassen. Speziell ist dieses wahr für Retroflexion. Ich kenne indessen gut unterrichtete und erfahrene, geschickte Gynäkologen, welche bei 80 % Retroflexion die Gegenwart von Adhäsionen diagnosti-

ciren, und zwar noch heutigen Tages. Es sind das solche, die sich nicht von eingesogenen Traditionen lossagen können und denselben unwillkürlich, unterstützt durch, die oft vorhandene, Schwierigkeit der completen Reduktion, im gegebenen Falle Rechnung tragen.

Es wäre leicht, die übrigen Punkte, welche als Unterscheidungsmerkmale der beiden Affektionen angeführt sind, einer Kritik zu unterwerfen. Dieses aber würde eine Mittheilung der supplementären Erörterungen des Verfassers nothwendig machen. Wenn es aber auch zweckmässig erschien, in ganz kurzen Umrissen den Standpunkt der heutigen Gynäkologie über die Frage, inwieweit die chronische Perimetritis vom diagnostischen Standpunkte aus bearbeitet worden ist, darzulegen, um die Richtigkeit einzelner Behauptungen im Folgenden zu stützen, so war es doch nicht der Zweck dieser Arbeit, eine Abhandlung über die entzündlichen Krankheiten der Anhänge des Uterus zu geben.

Wenn es erlaubt ist New-York als Prototyp aller Städte erster Grösse zu nehmen, oder noch weiter gehend, New-York als Weltstadt in dem Sinne aufzufassen, als darin nicht nur Einwohner aller Staaten Amerika's, sondern auch aller Staaten Europa's für kürzere oder längere Zeit residiren, so muss ich nach den Erfahrungen, die daselbst von mir gemacht sind, schliessen, dass, nach Katarrh, chronische Perimetritis die häufigste Erkrankung des weiblichen Geschlechtes ist. Ich collidire hier wohl mit den Erfahrungen mancher Gynäkologen und speziell mit allen Denjenigen, welche, in die Fussstapfen Scanzoni's tretend, die chronische Metritis als häufigste Erkrankung anerkennen. Meiner Ansicht nach hat Scanzoni eine grosse Verwirrung in unsere Wissenschaft desshalb gebracht, weil er statt den Begriff chronische Metritis schärfer zu definiren und von, mit einander verwandten Zuständen, diagnostisch zu trennen, das Gebiet des mit chronischer Metritis bezeichneten Leidens, durch Hinzuziehung und Beleuchtung von pathologischen Zuständen, die bisher separat abgehandelt wurden, unnöthiger Weise erweitert. Es ist dies um so nachtheiliger, da die Schablone, von einem so anerkannten Meister angefertigt, einen enormen Absatz und allgemeine praktische Verwerthung findet. Es ist die Aufgabe eines Gynäkologen heutigen Tages, in dem verhältnissmässig noch frischen Felde, — zu sichten.

Ich bin erst in den letzten Jahren desshalb zu diesem

Resultate gekommen, weil sich erst nach und nach die Fähigkeit ausgebildet hat, eine Krankheit zu diagnosticiren, die so bedeutende Schwierigkeiten im Erkennen darbietet, dass, wie ich erfahren habe, die ersten Gynäkologen beider Continente nicht im Stande waren, eine Diagnose der Erkrankung zu stellen, in Fällen, die im Vergleich zu andern, offen zu Tage gelegen. Ich erwarte desshalb auch, dass die Behauptung, in der Allgemeinheit, wie ich sie ausgesprochen, nicht nur auf Widerspruch stossen, sondern erst nach und nach sich Bahn brechen wird. Ich behaupte nicht, dass nicht in einer grossen Mehrzahl die Diagnose gestellt wird, sondern dass das grösste Contingent chronischer Perimetritis sich aus solchen Fällen constituirt, bei denen die physikalischen Symptome ganz eminent wenig Anhaltspunkte bieten, und bei denen, wenn, wie es häufig geschieht, bisher als krankhafte Zustände des Uterus beschriebene, und von Autoren in ihrer Wichtigkeit hervorgehobene Affektionen, als Complikation hinzutreten, die Bilder so ineinander fliessen, dass die Klarheit der Anschauung selbst bei den Geübtesten leiden muss.

Noch lange bevor ich mit den praktischen Schwierigkeiten der Diagnose vertraut war., ist mir die Wahrscheinlichkeit dieser Verhältnisse bei Sektionen aufgefallen, welche Beispiele des eigenthümlichen Auftretens, oder vielmehr der Resultate der Perimetritis uns vor Augen führten. So erinnere ich mich eines Falles, zu dessen Obduktion ich von einem befreundeten Collegen geladen wurde, wo wir Retroflexion zweiten Grades vorfanden. Von der hintern Wand des Uterus liefen drei ganz parallele, papierdünne, sehr zarte, mit Gefässen durchsetzte Membranen, von denen die mittlere im Centrum, die beiden seitlichen, am Austritt der Seitenligamente, vom Uterus seiner ganzen Länge nach entsprangen und in der Richtung der Utero-Sacral-Ligamente zum Mastdarm und Kreuzbein hin verliefen. Dieselben waren dabei so dehnbar, dass wir den Uterus in die vollkommenste Gradestellung bringen konnten, ohne die falschen Bänder irgend wie anzuspannen. Ich habe derartige Fälle aber und abermals zu sehen Gelegenheit gehabt, wo die Frauen für Retroflexion, Anteflexion und Lateroversion behandelt wurden, während das Grundleiden, die chronische Perimetritis, unberücksichtigt bleibt.

In einem anderen Falle sah ich ein Band, welches etwa $^3/_4$" lang und einige Linien breit, vom linken Ovarium aus, bis zur

hintern Wand des Uterus verlief und nahezu vom Eierstocke abgerissen war. Die Stelle der früheren Adhäsion mit diesem Organ war jetzt eine vertiefte, rauhe, dunkelschwarze Oberfläche, der Eierstock selbst wenig verändert in Grösse und Form. Welch enorme Leiden knüpften sich nicht an diese kleine Membran von dem Zeitpunkt an, wo sie begann vom Eierstocke losgezerrt zu werden. Und hier reiht sich ganz natürlich die Frage an, was hat denn überhaupt die Existenz einer so kleinen Adhäsion, wie wir sie häufig als einziges post mortem Merkmal der, im Leben bestandenen Perimetritis vorfinden, für das Wohlergehen der damit Behafteten zu bedeuten? Ist es recht, wenn zugleich eine bedeutende Anteflexion und Zeichen einer chronischen Perimetritis bestehen, die letztere für das Hauptleiden zu halten? Ist es ja doch ein Faktum, dass so häufig ähnliche Exudate auf der Pleura oder dem Pericardium gefunden werden, ohne dass ihre Gegenwart sich im Leben durch irgend ein peinliches Symptom zu erkennen gibt. Wir haben zur Beleuchtung dieser Frage verschiedene Punkte zu berücksichtigen. Erstens hat das Peritoneum, selbst dessen unterer Abschnitt, ein bedeutend höheres Gefäss- und Nervenleben, als die Pleura, und steht mit den Centralorganen in viel innigerem reflektorischen Verbande, als die letztere. Ich erinnere nur an die plötzlichen Todesfälle, durch Berührung einer kleinen Quantität Tubensekretes hervorgerufen.

Ferner aber sind die Beckenorgane in gewissen Perioden aktiv, oder passiv in Bewegung. Wenn sich ein Exudat zwischen der Lunge und der festen Rippenwand befindet, so existirt hier allerdings auch eine Bewegung, aber anderer Art, sie ist gleichmässig und comprimirt und zerreibt die Massen, oder macht sie so elastisch, dass sie entweder absorbirt, oder doch den Athembewegungen endlich kein Hinderniss in den Weg legen.

Anders bei den Organen im kleinen Becken, wo die Bewegungen der in der Nähe befindlichen Darmschlingen, die ungleiche Anfüllung derselben, die sich in langen Pausen vermehrende und vermindernde Ausdehnung des Rektum und der Blase zu Lokomotionen Veranlassung geben, die gerade ausgiebig und irregulär genug sind, um die, in der Ruhe schadlosen, Adhäsionen zu fortwährender Zerrung an ihren Ansatzpunkten zu veranlassen.

Weiter aber besteht, wenigstens nach dem, was ich gesehen habe, durch viele Sektionen belehrt, kein einziger Fall von adhäsiver

Perimetritis, der nicht durch Cancroid oder Cancer bedingt ist, ohne gleichzeitigen Tubenkatarrh.

Ich denke mir, dass ein derartiger Fall in folgender Weise verläuft. Bei der ersten Invasion ergreift die Erkrankung, vermittelt durch die Uterusschleimhaut, die Tubenschleimhaut sowohl, wie die, welche die Fimbrien bekleidet und breitet sich von hier entweder sofort auf das Ovarium aus, oder das Sekret kommt in Contakt mit irgend einer Stelle des Peritoneum, wo es dann, gemischt mit den hervorgerufenen Exudaten, die bekannten Adhäsionen bildet. Dem äusseren Ansehen nach erlischt der Katarrh auf der Schleimhaut der letztern, während er in den Tuben fortbesteht. Es ist das nicht auffallend, da, wie ich weiter unten erwähnen werde, der die Perimetritis veranlassende Katarrh, auch in anderen Abschnitten der Genitalien erlischt, während er in demselben Rayon, dicht dabei, in kleinen Bezirken für das ganze Leben fortbesteht.

Wenn nun auch die abdominale Tubenmündung, ebenso wie die uterine, einen sphinkterartigen Abschluss zu bilden scheint, so dass zuweilen das Sekret sich massenhaft innerhalb der Röhre ansammelt, ohne nach innen oder aussen abzufliessen, so muss der abdominale Verschluss doch jedenfalls bei den Vorbereitungen zu jeder Regel relaxirt werden, und hier geschieht es denn, dass ein kleiner Theil des Sekretes wieder in die Abdominalhöhle übertritt, und dann, wie ich oben bei der menstruell recurrirenden akuten Perimetritis erwähnt, zuweilen die heftigen, mit Absetzen grosser Exudatmassen verlaufenden Entzündungen hervorruft. Dies geschieht indessen nur ausnahmsweise, gewöhnlich ist die Masse der in das Becken gelangenden Sekretion nur gross genug, um entweder eine vermehrte Congestion hervorzurufen oder auch neue Membranen abzusetzen, die rasch wieder absorbirt werden. Dass aber nicht die Menstruation allein im Stande ist, derartige kleinste und grosse Ergüsse ins Werk zu setzen, sondern Einflüsse der verschiedensten Art, die ganz ausserhalb unserer Berechnung liegen, habe ich oben, bei Berücksichtigung der recurrirenden Perimetritis ausführlicher erwähnt.

Es ist also nicht die Gegenwart der Adhäsion, welche allein und vorzüglich die Störungen im Wohlbefinden der davon Betroffenen veranlasst, es ist nicht das Vorhandensein des Exudates, welches den Begriff chronischer Perimetritis constituirt, sondern das Vorhandensein der unversiegbaren Quelle in den Tuben, welche

LANE LIBRARY

das Chronische dabei repräsentirt und die Veranlassung zu einer sich wiederholenden Peritonitis allergeringsten Grades wird.

Es ist also denkbar, dass eine Frau ihr ganzes Leben an Perimetritis chronica gelitten, ohne dass nach dem Tode, wenigstens makroskopisch eine Spur davon zu finden sei, wie dasselbe ja kürzlich so eklatant für chronische Ovaritis bewiesen worden ist. Und das erklärt die Schwierigkeit des Erkennens, und das erklärt, warum so viele Frauen mit allen speziell sich auf den Uterus beziehenden Diagnosen, die überhaupt gemacht werden können, von einem Arzt zum andern ziehen.

Ich bin überzeugt, dass man bei dem heutigen Standpunkte der gynäkologischen Diagnostik eher der Wahrheit näher kommt, wenn man zu viel, als wenn man zu selten die Diagnose chronischer Perimetritis macht.

Wie unendlich schwierig die Beurtheilung eines derartigen Falles zuweilen ist, habe ich an ein Paar Patientinnen studirt, welche ich durch viele Monate hin beobachtet und an akuten Anfällen behandelt hatte. Bei Beiden war zu Zeiten Nichts zu finden, als ein succulenter, geschwollener, sehr schmerzhafter Uterus, bei Einer konnte ich in den Zwischenzeiten, ausser Schmerzhaftigkeit nur eine Senkung vorfinden. Die früher geschwollenen und dislocirten Ovarien waren durch irgend welchen Umstand nicht mehr zu fühlen. Kurz es war möglich, von Zeit zu Zeit, eine Diagnose nach der andern so mit Belegen und Ausschliessen anderer Affektionen in den Vordergrund zu stellen, dass man an einer und derselben Frau die Klinik der gesammten Uteruskrankheiten hätte demonstriren können.

Doch mit genauem Eingehen in die Anamnese und sehr vorsichtiger Untersuchung konnte die Gegenwart der Peritonealentzündung fast immer nachgewiesen werden. Es ist wohl keinem Zweifel unterworfen, dass nach den vorhergehenden Erörterungen eine Frau, welche chronische Perimetritis in Folge von früher akuter oder latenter Gonorrhoe hat, dieselbe für immer hat, d. h. wenigstens so lange, bis der Tubenkatarrh ausgetrocknet ist, was selten vor Eintritt der klimakterischen Jahre und selbst dann nicht immer geschieht.

Wenn also bei einer Patientin, selbst zu einer Zeit, wo die früher vorhanden gewesenen Erscheinungen der chronischen Perimetritis verschwunden sind, also keine Exudate, keine eigenthüm-

lichen früher vorhandenen Störungen im Allgemeingefühl, oder in den Funktionen der mitleidenden Organe vorhanden sind, sich noch Klagen vorfinden, die beim Untersuchen sich etwa auf Empfindlichkeit und Vergrösserung des Uterus reduziren lassen, so ist das bestehende Leiden nicht als Metritis chronica, sondern als Theilerscheinung der Perimetritis aufzufassen, da es jeden Augenblick geschehen kann, dass bei derselben Frau von Neuem Erscheinungen auftreten, kleine Exudate im Beckenraum, geschwollene Ovarien, vermehrte Schmerzhaftigkeit des Douglas'schen Cul de Sac, welche beweisen, dass der am Uterus selbst vorgefundene krankhafte Zustand nur eine Theilerscheinung des gesammten Leidens ist. Es ist dieses sowohl in Bezug auf Prognose, als auch insofern in Bezug auf Behandlung wichtig, weil wir Manipulationen und Applikationen, in dem Falle, wo es sich nur um eine uncomplicirte Endometritis, chronische Metritis oder Dislokation handelt, in viel durchgreifenderer Weise anwenden dürfen, während bei zugleich bestehender Perimetritis, und sei sie noch so geringen Grades, wir die äusserstmögliche Vorsicht und Schonung anzuwenden haben.

In solchen Fällen also, wo keine Exudatmassen, keine vergrösserten, erweichten, oder indurirten Ovarien zu fühlen sind, gibt es dennoch einzelne Anhaltspunkte zum Stellen der Diagnose, und namentlich eine Combination von Zuständen, deren Gegenwart die Entscheidung der Frage wenigstens zur grössten Wahrscheinlichkeit drängen. Dahin gehört vor Allem die Stellung und Beweglichkeit des Uterus. Perimetritis kann, wie schon erwähnt, zugegen sein bei allen nur denkbaren Positionen desselben; in den überwiegend meisten Fällen indessen existirt eine rechtsseitige Lateroversion, wobei zugleich der Uterus leicht antevertirt ist und in seiner Beweglichkeit vermindert. In der Ausbildung der Seitwärtsneigung und dem Grade der Unbeweglichkeit existiren natürlich alle möglichen Abstufungen. Es gibt Fälle, wo die Seitwärtsneigung verschwindend klein, dagegen die Anteversion so ausgeprägt ist, dass der Fundus auf die Symphyse festgenagelt erscheint, bei denen man eine Erstarrung und Verkürzung aller Ligamente des Uterus deutlich diagnosticiren kann. Für gewisse Fälle ist die Gegenwart der Anteversion allein, ohne weitere Symptome, ein pathognomonisches Zeichen. Wenn nehmlich bei einer Frau, welche vermöge der Weite und des verminderten Neigungswinkels ihres Beckens eine Retroversion oder Retroflexion haben

sollte, eine sehr exquisite Anteversion sich vorfindet, so ist das allein hinreichend, um auf die Gegenwart einer chronischen Perimetritis zu schliessen. In dem vorhergehenden Abschnitte ist eines Falles erwähnt (Frau H—.), bei der ich verfolgen konnte, wie der anfangs in starrer Anteversion sich befindende Uterus allmählich, beim Nachlass des entzündlichen Reizes, sich in die vollkommenste Retroversion stellte. Zuerst nahm er zu Beginn und während der Periode wieder seine Stellung nach vorne ein, blieb aber endlich auch während dieser Zeit mit dem Fundus im Kreuze liegen.

Es ist auch ganz mit den Prinzipien, welche wir unter andern Umständen bei dem Zustandekommen von Dislokationen angewendet finden, übereinstimmend, dass die Lagerung des Uterus nach vorn und nach einer Seite hin die direkte Folge der chronischen Perimetritis sei, ob sie nun mit oder ohne Absetzung von Exudaten verlaufe. Während Verlagerungen nach hinten sammt und sonders mit einer Erschlaffung der Ligamente einhergehen, ist die abnorme Lagerung nach vorn immer mit Verkürzung der Bänder, sei sie angeboren oder anderweitig erzeugt, verbunden. Es muss aber ein Reiz, der sich auf irgend ein Paar oder auf alle drei Ligamente des Uterus erstreckt, nothwendiger Weise zur Anteversion führen, indem er dieselben zur Contraktion und Verkürzung bringt, gerade so, wie der vom entzündeten Ovarium ausgehende Reiz denselben Vorgang im Ligament. ovarii zu Stande kommen lässt, und dessen Annäherung an den Uterus herbeiführt. Wo immer aber chronische Perimetritis existirt, da bleiben die Veränderungen in der Blutcirculation nicht auf die Oberfläche beschränkt, und die sensitiven Nervenenden übertragen auch hier ihre Erregung auf die nächstliegenden Muskelpartien. Ich habe das graduelle Zustandekommen dieser Wirkung der sich contrahirenden Ligamente gelegentlich da verfolgen können, wo sich im Wochenbette, bei sehr dehnbaren Bauchdecken, eine Anteversion als erstes Symptom beginnender Perimetritis ausbildete, in einem Grade, dass der Fundus mit der Hinterwand der Symphyse fest verwachsen schien, zu einer Zeit, wo die Exudation noch nicht durch die manuelle Untersuchung nachweisbar war. Ich habe die Anteversion von Statten gehen und sich aus Retroversion ausserhalb des Wochenbettes entwickeln gesehen, in Fällen, wo eine nachweisbare Exudation überhaupt nicht zu Stande kam.

Es ist also die Dislokation nicht die Folge sich contrahirender

Exudatmassen, sondern der Ausdruck eines Reizes in den Anhängen des Uterus.

Dass die Anteversion sich mit Lateroversion verbindet, und zwar häufig derartig, dass der Grad der letztern den der erstern überwiegt, liegt in demselben Umstande begründet, der es zulässt, dass in sehr vielen Fällen, wo es überhaupt zur Exudation kommt, dieselbe auf eine Seite beschränkt ist, dass aus einer Tubenmündung Sekret sich entleert, während die andere wenig oder gar keins ergiesst. Und zwar ist die linke Seite desshalb die häufiger afficirte, weil die Distribution und die Lagerungsverhältnisse der Venen derartige sind, dass sie überhaupt zu Blutstauungen in den Ligamenten, zu Erkrankungen des Eierstocks und Stase in der peritonealen Bekleidung links bekanntlich viel mehr Veranlassung geben, als auf der rechten Seite.

Wenn nun ein Uterus nach rechts, oder (seltener) links laterovertirt ist, so ist nicht nur der Versuch, ihn durch Druck auf den Cervix grade zu richten, schmerzhaft, sondern es wird auch in sehr vielen Fällen, die Hervorrufung dieses Schmerzes als dem Sitze des subjektiv gefühlten, entsprechend, angegeben. Meist ist denn auch das Scheidengewölbe links, beim direkten Berühren schmerzhaft, und fühlt sich entweder aufgelockert, succulent, oder aber härter als das andere an, man kann dann öfters das angespannte in seinem Gewebe veränderte oder durch Exudate verdickte Seitenligament durchfühlen.

Ausnahmsweise indessen ist bei rechtsseitiger Lateroversion das rechte Scheidengewölbe der vorzüglich schmerzhafte Punkt, und umgekehrt. Es kommt indessen vor, dass der Uterus nicht dislocirt ist, oder nicht mehr, als man einer physiologischen Variante zuschreiben könnte. Unter diesen Umständen müssen andere Zeichen aushelfen, und zwar zuerst Eigenthümlichkeiten des immer vorhandenen Katarrhs, welche in dem darauf bezüglichen Kapitel besprochen werden sollen. Von Wichtigkeit ist in einem zweifelhaften Falle die Exploration des Douglas'schen Raumes. Man führt zu diesem Zwecke die Spitze des Zeigefingers hinter den Cervix, bis zum höchsten Punkte hinauf, drückt den Cervix nach vorn, und während man ihn in dieser Lage hält, explorirt zugleich die Spitze des Fingers den Raum hinter dem Uterus. Hier ist denn schon häufig der eigenthümliche akute Schmerz, der sich bei der Bewegung des Cervix äussert, ein Fingerzeig. Man fühlt nun, wenn

Perimetritis chronica vorhanden ist, entweder ganz zarte Stränge, welche neben (innerhalb und ausserhalb) den ligam. utero sacralia verlaufen, oder man findet nur das ganze Gewebe des hintern Scheidenabschnittes erweicht, verdünnt, oft spinnwebenartig und sehr schmerzhaft bei der Berührung.

Nicht ganz selten indessen ist es überhaupt nicht möglich mit Sicherheit eine Diagnose zu machen, und wir können dann nur aus dem Faktum, dass die allerrationellste auf den Uterus angewandte Behandlung fehlschlägt, oder nur vorübergehende Erleichterung verschafft, schliessen, dass krankhafte Zustände im Becken vorhanden sind, die ausserhalb unseres Bereiches liegen. Eine Diagnose per exclusion ist unter diesen Umständen sehr selten zulässig, weil meist irgend ein anderes Utrinleiden gleichzeitig vorhanden, das für die Haupterkrankung imponiren kann, namentlich da heutzutage die Akten über die Bedeutung einer Erosion, eines Katarrhes, einer Dislokation etc. als Schädlichkeiten in dem weiblichen Organismus noch nicht geschlossen sind.

Diese Theilnahme des Uterus sowohl, wie der Eierstöcke, bald in geringerem, bald in grösserem Maassstabe, macht auch eine derartige Schilderung der Symptomatologie, dass man darnach die Krankheit in jedem einzelnen Falle erkennen kann, absolut unmöglich. Um ein Beispiel zu nennen, will ich erwähnen, dass die Menstruation dabei absolut normal, ohne die allergeringste Störung verlaufen kann, dass sie in andern Fällen, vor- oder nachsetzend und bedeutend vermindert ist, während wiederum gelegentlich heftige Metrorrhagien die einzig zu Tage tretende Manifestation der Erkrankung sind. Ich habe fünf bis sechs Fälle gesehen, wo heftige Blutungen in der Existenz der chronischen Perimetritis wurzelten, nicht alle in Folge der sekundären Uterincongestion, sondern Einzelne auf Granulationen begründet, welche dem der Perimetritis zu Grunde liegenden Katarrhen ihre Entstehung verdankten.

Es gibt indessen ein Symptom, von dem ich später ausführlicher zu sprechen haben werde, welches durch seine Häufigkeit des Vorkommens für die Perimetritis, als Folge latenter Gonorrhoe, charakteristisch ist. Es ist Sterilität und zwar meist unheilbare Sterilität.

Was nun das Verhältniss der chronischen Perimetritis zur latenten Gonorrhoe betrifft, so haben meine Erfahrungen mich dahin geführt anzunehmen, dass mit Ausschluss der Fälle, welche im Verlaufe der Entwicklung von, im Uterus wurzelnden, Neoplasmen

auftreten, es sehr wenige gibt, welche andern Einwirkungen ihre Entstehung verdanken. Es bezieht sich das nicht nur auf die Fälle chronischer Perimetritis, wie sie sich bei sterilen Frauen ohne vorhergehende akute Erscheinungen entwickeln, sondern auch auf solche, welche aus einer akuten Perimetritis nach dem Wochenbett oder nach einem Aborte auftreten. Der Abort muss unter solchen Umständen als Folge der, schon während der Schwangerschaft, sich entwickelnden chronischen Perimetritis gedeutet werden, und nicht die akute Perimetritis als aus dem Abortus, als solchem, entstanden. Es ist das allerdings eine Annahme, welche in jedem einzelnen Falle, so lange überhaupt die Existenz der latenten Gonorrhoe, in der Bedeutung, wie sie hier angeregt worden, nicht allgemein zugegeben ist, bestritten werden kann, da uns, wie gesagt, bis jetzt ein direkter Beweis für die Existenz derselben abgeht. Wenn aber, wie ich häufig gesehen, eine blühende, kräftige, gesunde Frau, aus deren Anamnese und genauem Examen, sich nicht der geringste Anhaltspunkt findet, woraus die Sache zu erklären, und ich dann immer und immer wieder finde, dass unter solchen Umständen der Mann eine Gonorrhoe gehabt, so glaube ich berechtigt zu sein, meine etiologische Erklärung hier vorführen zu können, denn mit dem einfachen: Wir wissen die Ursache nicht, kommt man nicht weiter.

Bei der Durchlesung der folgenden Krankheitsgeschichten wird es sich herausstellen, dass einzelne derselben mit demselben Rechte in die Kapitel, akute Perimetritis oder Ovaritis hätten aufgenommen werden können. Es kommen aber Fälle vor, wo es nicht möglich ist, eine scharfe Grenze zu ziehen, wie ich noch ausführlicher bei dem Kapitel über Ovaritis besprechen werde.

15. Frau S.... heirathet einen deutschen Kaufmann aus New York; hat als Kind viele Krankheiten durchgemacht, namentlich scheint sie an Rhachitis gelitten zu haben, wovon die Spuren noch jetzt deutlich zu finden sind. Der Mann hatte sich $1^1/_2$ Jahre vor der Verheirathung eine Gonorrhoe zugezogen, die in 6—8 Wochen vollkommen geheilt war.

Die Frau ward bald schwanger, hatte im Wochenbett eine sehr heftige Unterleibsentzündung und ist seit der Zeit, vor jetzt 3 Jahren, krank. Nachdem sie verschiedene andere Aerzte der Stadt consultirt, kam sie in meine Behandlung Anfang Juli 1870.

Sie klagte hauptsächlich über constante Schmerzen in der linken Seite und im Kreuz, die gelegentlich so heftig wurden, dass sie eine

Woche zu Bett liegen musste, und zwar nicht immer vor der Regel, sondern ganz unabhängig von Einflüssen, die ihr bekannt seien. Die Menstruation ist immer eingeleitet durch Kreuz- und Unterleibsschmerzen und dauert, profus, fünf bis sechs Tage lang. Dabei schmerzhaftes Brennen an den äussern Geschlechtstheilen. Die Frau fühlt sich sehr elend und ist kaum im Stande aufrecht zu gehen.

Bei der Untersuchung zeigen sich alle Theile, die zur Berührung kamen, schmerzhaft, vom Introitus vaginae bis zur Fundus uteri. Derselbe ist nach rechts geneigt, und hinter demselben im Cul de Sac, fühlt man eine Menge strangartiger, derber, sehr schmerzhafter Exudate, bei deren Berührung Frau S. angiebt, dass von der Stelle aus alle ihre Leiden ihren Ausgang nähmen. Um den Muttermund läuft ein, wenige Linien breiter, erodirter Saum, und aus demselben ergiesst sich massenhafter Eiter mit Schleim gemischt. Vulva geröthet, namentlich die Ausführungsmündung der Cowper'schen Drüsen und deren nächste Umgebung.

Der innerliche Gebrauch von leicht salinischen Abführmitteln und die örtliche Applikation von Perubalsam mit Glycerin brachte bald Erleichterung hervor, und nach einem Jahre ward Frau S. wieder schwanger und ist jetzt nicht weit von dem normalen Schwangerschaftstermine entfernt.

16. Frau F . . . ., eine gesunde Köchin, heirathet vor jetzt etwa 8 Jahren einen Fleischer, der eine Gonorrhoe, die ohne viele Hindernisse ziemlich rasch heilte, ein Jahr vor der Heirath durchgemacht. Sie fängt bald darauf an zu leiden, klagt namentlich über Schmerzen in der linken Seite, hat weissen Fluss bekommen und Schmerzen bei der Regel, die graduell weniger profus geworden. Pruritus vulvae, Sterilität. Ich sehe Patientin zum ersten Male etwa $1^1/_2$ Jahr nach der Heirath, bis zu welcher Zeit ihre Leiden sich nach und nach derartig gesteigert, dass sie sich gedrungen fühlt, ärztliche Hülfe zu suchen.

Bei der Untersuchung stellt sich heraus, dass der Uterus antevertirt und in exquisiter rechtsseitiger Lateroversion steht, sein Gewebe derb, wenig empfindlich bei Berührung. Dagegen ist der Versuch, die seitliche Neigung zu rectificiren, sehr schmerzhaft, und man fühlt links neben dem Uterus ein sehr empfindliches straffes Band, sich vom Cervix nach hinten und oben erstreckend, welches bei der Berührung als Hauptpunkt, von wo ihre subjektiven Schmerzempfindungen ausgehen, angeklagt wird. Auf der vordern Lippe des Cervix eine Anzahl kleiner oberflächlicher Geschwürchen, die mit einander confluiren. Sekretion sehr mässig und sehr dünnflüssig, Vulva im Ganzen leicht geröthet, Catarrh beider Vulvo-vaginaldrüsen.

Die Behandlung bestand in Cauterisation der erodirten Stellen und dem Gebrauch von Adstringentien in die Uterushöhle, forcirte Gradstellung des Uterus und dem Gebrauch von salinischen Abführmitteln.

Da Patientin in ihrem Geschäfte gehörig mit anzugreifen hatte, so kehrten die alten Beschwerden immer von Zeit zu Zeit zurück, und sie

kommt jetzt jährlich 3 bis 4 Mal in Behandlung, wenn die Seitenschmerzen oder der Ausfluss überhand nehmen. Ist nie schwanger geworden.

17. Frau B . . . ., 25 J. alt, heirathet als gesundes Mädchen vor fünf Jahren einen Mann, der 1½ Jahre vorher an einer Gonorrhoe gelitten, die einen normalen Verlauf genommen und ziemlich rasch zur Heilung gebracht wurde.

Sie bemerkte bald nach dem Eintritt in die Ehe Ausfluss, der, weil er für die Ursache der nicht eintretenden Schwängerung angesehen ward, bald zur Behandlung kam, und als der erste Arzt Nichts leistete, dem zweiten und dritten vorgeführt wurde.

Ich sah Patientin zuerst im October 1870. Sie klagt hauptsächlich über Schmerzen in der Gegend der linken Hüfte und Schmerzen beim Coitus. Die Regel ist in der letzten Zeit schwächer geworden, dauert nur 3 Tage, wobei sehr wenig Blut abgesondert wird. Nahezu die ganze Woche, welche derselben vorhergeht, ist der Unterleib sehr schmerzhaft, und zwar bessert sich dieser Zustand erst am 2. Tage mit etwas vermehrtem Blutausfluss.

Ich fand den Uterus, der nicht ganz 2½" mass, stark nach rechts lateroversirt, und den linken Abschnitt des oberen und hinteren Scheidengewölbes sehr empfindlich bei der Berührung. Um den Muttermund war nur ein ganz feiner Rand excoriirt, trotz eines sehr profusen, zähen, weisslichen, opaken Ausflusses.

Der enge Kanal ward zuerst dilatirt und dann nach der Reihe eine Anzahl der bewährten Heilmittel durch nahezu 12 Monate auf die erkrankte Schleimhaut applicirt, ohne aber auch nur den geringsten Eindruck zu machen.

18. Frau O . . . ., 33 Jahre alt, heirathet im Frühjahr 1870 einen Mann, der 6 Jahre vor der Heirath einen einfachen Schanker mit einem vereiternden Bubo ohne sekundäre Symptome gehabt. Derselbe zog sich zwei Jahre vor der Heirath eine Gonorrhoe zu, deren akutes Stadium zwar bald verschwand, sich aber durch viele Monate hindurch als Nachtripper bemerkbar machte, und endlich von einem Spezialisten gründlich in Angriff genommen, einige Monate vor der Heirath vollkommen geheilt worden war. Er ist während der Ehe nie wieder aufgetreten. Das Erste, was die Frau im kommenden Sommer bemerkte, war ein Brennen beim Wassermachen und sehr häufiger Drang zum Uriniren, der zuletzt so schlimm wurde, dass sie das Bett für einige Zeit hüten musste. Stellt sich Ende October zur Behandlung vor und klagt über ähnlichen Zustand wie im verflossenen Sommer. Leidet überdiess seit ihrer Heirath an Drängen im Leib beim Stehen und Gehen; will indessen keinen Ausfluss haben. Steril.

Bei der Untersuchung finde ich eine ganz bedeutende rechtsseitige Lateroversion, mit verkürztem linken Seitenligament und Scheidengewölbe, in welchem beim Aufrichten Schmerzen entstehen. Es zeigt sich die Schleimhaut um das Orificium urethrae stark geröthet und ge-

schwollen. Ebenso die Oeffnungen der zwischen Hymen und Lab. minora liegenden Vulvardrüsen, am auffallendsten die der Cowper'schen Drüsen.

Beim Untersuchen mit dem Speculum zeigt sich die Vagina und Cervix in ausgedehntem Maasse bedeckt mit eitrigem Schleime, und auf der hintern Lippe eine grosse Erosion.

Behandlung bestand in dem innern Gebrauch von Cubebenextract, der Applikation von liqu. hydr. nitr. auf die Geschwürsfläche, und Einführen von Eisentinktur auf Glycerin in die Uterinhöhle, worauf rasch Besserung der Erscheinungen eintrat. Ist noch in Behandlung.

19. Frau V...., Amerikanerin, Frau eines Buchdruckers, holländischer Abstammung, heirathet als gesundes Mädchen vor 6 Jahren einen Mann, welcher eine vernachlässigte Gonorrhoe mit Nachtripper bis kurz vor Eintritt in die Ehe mit sich schleppte; er versicherte mir aber, ein paar Monate vor erstem Beischlaf mit seiner Frau vollkommen gesund gewesen zu sein.

Dieselbe fängt sofort an zu leiden, bekommt weissen Fluss und Schmerz in der rechten Seite, Kreuzschmerzen, unregelmässige, schmerzhafte Periode.

Eine ganze Reihe von Aerzten wurden nach der Reihe consultirt, ohne irgend welche andauernde Erleichterung zu verschaffen.

Ich fand bei der Untersuchung einen sehr empfindlichen, succulenten Uterus, nach links dislocirt, beide Ovarien sehr schmerzhaft, besonders das rechte, welches vergrössert und mit deutlich fühlbaren Exudatmassen in der Nähe des Uterus fixirt war.

Grosses Geschwür an beiden Lippen, Sekret nahezu wasserhell, dünnflüssig, Catarrh der Cowper'schen Drüsen.

Die Frau bekommt nach zweimonatlicher Behandlung einen leichten Anfall von akuter Peritonitis, von der sie sich übrigens rasch erholt. Im Ganzen wird durch die Behandlung sehr wenig geleistet, kaum erscheint das Geschwür vernarbt und der Fluss am Versiegen, als bei erneuter Untersuchung sich der Status quo ante vorfindet. Und das schleppt sich nun schon 6 Jahre hindurch in derselben Weise fort. Der Mann behauptet, gelegentlich während der Ehe wieder für ein paar Tage einige Tropfen Feuchtigkeit bemerkt zu haben.

20. Anfang December 1867 sah ich zum ersten Male Frau A...., die an einen Mann verheirathet war, der sich in New York einer Ansteckung ausgesetzt und in Folge eine Gonorrhoe bekommen, welche zwei Monate zu ihrer vollkommenen Heilung bedurfte. Er reiste bald darauf nach Europa, machte dort die Bekanntschaft seiner jetzigen Frau und heirathete vor etwa sechs Monaten. Frau A. ward sofort schwanger und abortirte nach 3 Monaten ohne alle nachweisbare Veranlassung.

Seit der Zeit ist sie nun leidend, klagt über stark aufgetriebenen Leib, heftige Kreuzschmerzen und Drängen im Unterleibe, seufzendes Athmen.

Ich finde den Uterus durchweicht, stark nach rechts laterovertirt, linkes Scheidengewölbe sehr schmerzhaft. Profuser, eitrigschleimiger Ausfluss aus Uterus; keine Erosion.

Nach einer Behandlung von etwa 3 Monaten, die sich namentlich die Verringerung des Catarrhs zum Vorwurf machte, ward Frau A. wieder schwanger. Sie hatte während dieser Zeit manchmal Anzeichen von drohendem Abort, ward aber endlich, nachdem sie bis zum 5. Monate im Bette gehalten worden war, zur richtigen Zeit von einem lebenden Kinde entbunden.

21. Frau S .... heirathet vor 4 Jahren einen Maschinenarbeiter der ein halbes Jahr vor seiner Heirath eine achtwöchentliche Gonorrhoe durchgemacht. Sie wird im 1. Jahre schwanger, vermittelst der Zange entbunden und obschon sie keinen akut entzündlichen Prozess im Wochenbett durchgemacht, ist sie krank seit dieser Zeit. Klagt namentlich über heftige Kreuzschmerzen, Schmerzen bei Coitus. Ich finde sehr bedeutenden Vaginismus, Catarrh der Vagina, Catarrh des sehr schmerzhaften, aber vollkommen wohl involvirten Uterus, und hinter demselben den Douglas'schen Cul de Sac nach unten ausgebuchtet und gefüllt mit sehr schmerzhaften harten, wallnussgrossen Massen.

Behandlung bestand in dem innerlichen Gebrauch von Jod- und Bromkali sowie oft wiederholtem Douchen mit warmem Wasser.

22. Frau C ...., Irländerin, heirathete vor 10 Jahren einen Fuhrmann, der vor der Ehe als Seemann fungirt und mit vor Kurzem geheilter Gonorrhoe in die Ehe geht. Sie kommt im ersten Jahre der Verheirathung mit gesundem Kinde nieder, fängt aber bald darauf an zu kränkeln, klagt über Schmerzen im Leibe und weissen Fluss, wird von sehr vielen Aerzten behandelt und kommt zuletzt in meine Beobachtung. Ich finde den Uterus geschwollen, blutreich, nach links geneigt, Ovarium derselben Seite tiefliegend, abgerundet, sehr schmerzhaft, sehr ausgebreitete Erosion über den grössten Theil des untern Cervikalabschnittes sich verbreitend; sehr profuse schleimeitrige Sekretion bespült Vulva und Vagina, Catarrh der Cowper'schen Drüsen beider Seiten.

Ich wendete mein Hauptaugenmerk auf die Behandlung der Geschwüre am Muttermunde, und liess Frau C. zu gleicher Zeit Suppositorien aus Jodblei und Coniin gebrauchen, welche ihre Schmerzen bedeutend minderten. Die Besserung war aber immer nur temporär, denn bei den verschiedensten Veranlassungen trat eine Exacerbation aller Erscheinungen wieder ein. So hatte sie Gelegenheit, während der Hitze im Sommer 1871 ein kaltes Bad zu nehmen, worauf sie sich sofort mit Symptomen einer peritonitis pelvica zu Bette legen musste und durch 8 Tage hindurch bedeutend erkrankt war. Da ihr Mann

kränklich und desshalb sein Verdienst geschmälert war, so musste Frau C. nicht nur ihren eigenen Haushalt ohne alle Beihülfe besorgen, sondern auch durch Handarbeiten sich einen kleinen Nebenverdienst verschaffen. War es nun gelungen, für eine Zeit lang die Sekretion des Uterus innerhalb gewisser Grenzen zu halten, oder die Schmerzhaftigkeit der Unterleibsorgane herabzustimmen, so bedurfte es nur eines geringen Excesses in der Ausübung der mancherlei Pflichten, um von Neuem das alte Bild, wie es vor Beginn der Behandlung gewesen, wieder vorzuführen. So spielte das Stück schon 10 Jahre hindurch und es ist nicht abzusehen, durch welche unerwartete Wendung der Dinge die Patientin je dazu kommen sollte, sich ihrer Gesundheit wieder zu erfreuen.

23. Frau S .... heirathet vor einem Jahre einen Wittwer, der in der Zeit zwischen der ersten und zweiten Ehe sich eine Gonorrhoe zugezogen, die indessen mehre Monate vor Eingehen der neuen Verbindung vollkommen geheilt war. Kaum ein halbes Jahr verheirathet, beginnt die junge Frau über Schmerzen in der linken Seite zu klagen, die immer ein paar Tage nach dem Aufhören der Menstruation einsetzen und durch nahezu zwei Wochen hindurch sich bemerkbar machen. Seit dieser Zeit dauert die früher normale Periode nur zwei Tage. Während des Blutflusses selbst, sind keine Schmerzen vorhanden.

Ich finde bei der Untersuchung eine spitzwinklige Anteflexion mit sehr kleinem Os internum. Der Uterus ist zugleich mit dem Fundus exquisit nach rechts übergeneigt. Die Berührung desselben ruft an keiner Stelle Schmerzen hervor, sie treten jedoch sofort in heftigem Grade auf bei dem Versuche, durch Druck auf die linke Seite des Cervix, die Gebärmutter gerade zu richten. Beim Ausführen dieser Manipulation erklärt Patientin, dass sie dabei die Schmerzen an der Stelle fühle, wo dieselben bei ihr spontan sich einstellten. Das linke Scheidengewölbe ist deutlich verkürzt, das Gewebe, welches von ihm bedeckt wird, erscheint straffer und weniger nachgiebig als dieselbe Stelle auf der rechten Seite.

Die Vulva ist besetzt mit kleinen hochrothen, des Epithels beraubten Papillen, zugleich besteht Catarrh der Vulvo-Vaginaldrüsen.

24. Frau L M ...., als Mädchen gesund und noch jetzt von blühendem Aussehen, heirathet vor 3 Jahren einen New Yorker Kaufmann, der zwei Mal eine Gonorrhoe durchgemacht, die beide in 4—5 Wochen heilten; die letzte zwei Jahre vor der Heirath. Ich sah die Frau zuerst im Januar 1872 und erfuhr von ihr, dass sie keinerlei Beschwerden gehabt habe bis etwa zwei Monate nach ihrer Heirath. Sie habe zuerst angefangen an Fluor albus zu leiden, und nach kurzer Zeit begann die Regel, welche früher immer ohne Beschwerden aufgetreten, sehr schmerzhaft zu werden, derartig, dass sie zuletzt jedes Mal zu Bette liegen musste.

Sie consultirte verschiedene Aerzte, und ward zuletzt von einem hervorragenden Collegen aus New-York mit einem intra-uterinen Pessarium behandelt, nachdem sie von einem frühern Arzte lange und energisch geätzt worden war.

Sie ist steril, und klagt hauptsächlich über heftige Stiche im Leibe, die sich von der Tiefe aus bis zum Magen hin erstrecken, Menstruation sehr gering und schmerzhaft, weisser Fluss.

Bei der Untersuchung stellt sich heraus, dass der Uterus an Umfang etwas grösser als normal, und stark nach links lateroversirt ist. Das Aufrichten ist sehr schmerzhaft.

Dicht oberhalb der Vaginalinsertion und hart am hintern Umfange des Cervix anliegend, findet sich in der rechten Seite eine sehr harte, runde, haselnussgrosse Masse mit unregelmässiger Oberfläche, die beim Berühren akut empfindlich ist und als die Stelle bezeichnet wird, von wo ihre Schmerzen ausgehen.

Ich konnte mich nicht entscheiden, ob es ein altes Exudat, oder ein durch Entzündung zerstörtes, dislocirtes Ovarium sei.

Der Cervix sah ziemlich normal aus mit wenig zähem Ausfluss. Catarrh der Cowper'schen Drüsen.

25. Frau L...., 25 J. alt, kommt im Winter 1870 zur Behandlung. Heirathete vor 18 Monaten und ist krank seit der Zeit. Zuerst verspürte sie bald nach der Hochzeit einen Ausfluss geringen Grades, der indessen allmählig stärker ward, nach und nach stellten sich Schmerzen in der linken Seite ein, die zwei Monate später so heftig wurden; dass sie zu Bett liegen musste, und ist seit der Zeit immer leidend gewesen und steril.

Der Mann gesteht auf Anfragen, dass er eine sehr hartnäckige Gonorrhoe gehabt, die übrigens ein volles Jahr vor Eintritt ins Ehebett vollkommen geheilt gewesen sei.

Frau L. klagt namentlich über Seiten- und Kreuzschmerzen, Schmerzen 2 Tage vor und während der, sehr schwach gewordenen, Periode. Uterus mit dem Fundus ganz nach rechts, fast quer gelagert, linkes Ligament lat. als kurzer, fester Strang fühlbar, Versuch der Aufrichtung mit dem Finger sehr schmerzhaft. Diese Stelle Sitz des subjektiven Schmerzes.

Dicht um das Os uteri herum eine hochrothe, scharf abgegrenzte Erosion, den Muttermund in schmalem Saume umgebend; Sekret ganz heller Schleim, mit wenig Flocken gemischt. Um das Orif. urethrae herum befinden sich ganz kleine condylomartige Excrescenzen.

Im December 1871 stellt sich Frau L., die sich unterdessen besser gefühlt hatte, wieder mit neuen Klagen vor. Seit 3 Wochen habe sie wieder Schmerzen im Leibe, Schmerzen unter der Brust und sei fieberhaft.

Der Uterus ist in nahezu derselben Stellung, derselbe sowohl, wie das Scheidengewölbe, succulenter, und links neben Uterus ein frisch abgelagertes Exudat deutlich fühlbar.

26. Frau S.... heirathete einen Kaufmann in New York, der schon in Jahren vorgerückt war, als er in die Ehe trat, und vorher 3 Mal sich einer Ansteckung ausgesetzt hatte. Der erste Tripper dauerte 6 Monate, der zweite 3 Monate, und der letzte nahm zu seiner vollständigen Heilung 9 Monate in Anspruch. Diese letzte Affektion war 2 Jahre vor Eintritt in das eheliche Leben vollkommen geheilt, und hat er auch später nie wieder die geringste Erscheinung gehabt, die ihn zweifelhaft über seine vollkommene Heilung hätte machen können. Er heirathete also vor 3 Jahren ein gesundes, kräftiges Mädchen von echt jüdischem Typus; dieselbe ward 3 Monate nachher schwanger, kam im 8. Monate ohne alle augenscheinliche Veranlassung mit einem todten Kinde nieder, und ist seit der Zeit steril.

Sie gibt sich in der Hoffnung, von dem Hindernisse der Conception befreit zu werden, in Behandlung. Klagt über Nichts als Ausfluss, Schmerzen am ersten Tage der Regel, und bis zu heftigen Schmerzen gesteigertes Brennen an den äussern Genitalien, die sich immer einige Tage nach der Regel einstellen.

Die Untersuchung ergibt: rechtsseitige Lateroversion des Uterus; rechtes Ovarium abgerundet, vergrössert, tief stehend; profuse, eiterähnliche, mit Schleim gemischte Sekretion, oberflächliche Erosion rund um den Muttermund in schmalem Streifen.

Der Sitz des Schmerzes und der Empfindlichkeit der äussern Genitalien sind zwei erodirte Stellen der Schleimhaut, deren intensivste Röthung dem Ausführungsgange der beiden Vulvovaginaldrüsen entspricht.

27. Im Jahre 1867 behandelte ich die erste Frau des Herrn N...., welcher 3 Mal Gonorrhoe gehabt, die letzte zwei Jahre vor der Heirath. Die Ehe war bisher (seit 4 Jahren) kinderlos geblieben Das Leiden der Patientin stand übrigens in keiner Beziehung zu den Sexualorganen, und ich hatte desshalb keine Gelegenheit zu untersuchen. Sie starb an einer krebsartigen Geschwulst des Darmes, die sich sehr rapid entwickelt hatte. Er heirathete nach etwa einem Jahre eine zweite Frau, die er mir im Februar 1870 vorstellte. Auch mit ihr hatte er keine Kinder, die Frau aber war sehr bald nach der Heirath am weissen Fluss und an Schmerzen im Unterleibe erkrankt, und desshalb vielfach behandelt worden.

Bei der Untersuchung stellte es sich heraus, dass rechts neben dem Uterus ein etwa taubeneigrosses Exudat, welches schon ziemlich derb geworden, gefühlt werden konnte, welches bei der Berührung als Sitz des Leidens bezeichnet wurde. Der Uterus war dabei in rechtsseitiger Lateroversion. Beide Muttermundslippen excoriirt; profuser, eitriger Schleimausfluss.

28. Delia B.... heirathet, 18 J. alt, einen Mann, der in Cuba einen Tripper erlangt hatte, welcher mit dem chron. Stadium sich durch 6 Monate hinschleppte und dann (5 Jahre vor der Heirath) vollkommen heilte. Die Heirath fand Statt Anfang 1860, und im Mai desselben Jahres

abortirte sie ohne alle Veranlassung im 3. Monat. Der Abort verlief unter geschickter Leitung eines Arztes unter heftigen und nachhaltigen Blutungen, und hat Frau B. seit der Zeit weder ihre frühere Gesundheit wieder erlangt, noch ist eine zweite Schwangerschaft zu Stande gekommen.

Sie klagt jetzt über unregelmässige und schmerzhafte Menstruation, Kreuz- und Unterleibsschmerzen, namentlich in der rechten Seite, weissen Fluss, allgemeine Schwäche.

Bei der Untersuchung finde ich rechtsseitige Lateroversion, Schmerzhaftigkeit des rechten Scheidengewölbes, Catarrh des Uterus und der Vulva mit stark gerötheten Erosionen zwischen Hymen und labia minora.

29. Frau H .... heirathete einen Mann, der zwei Jahre vor Heirath eine Gonorrhoe gehabt, die normal verlaufen. Sie selbst hat als Mädchen an Symptomen eines Herzübels gelitten, und ich finde bei der Untersuchung kurz nach der Heirath eine Insufficienz der Mitralklappe.

Frau H. wird bald schwanger, beginnt im 4. Monate über heftige Seitenschmerzen zu klagen, fiebert leicht und muss zu Bette liegen, um einem drohenden Abort vorzubeugen. Dies wiederholt sich mehre Male; sie erreicht indessen das normale Ende der Schwangerschaft und kommt leicht mit einem kräftigen Knaben im Sommer 1870 nieder. Die Geburt ist gefolgt von einer Endometritis, deren akutes Stadium zwar rasch vorübergeht, die sich indessen in ihrer chronischeu Form für viele Monate durch Leibschmerzen, Uebelkeit, starken Fluor albus fortschleppt. Schenkt ihr Kind 5 Monate lang.

Zweite Schwangerschaft beginnt zu Anfang des Jahres 1871; gegen den 5. Monat hin wieder Anfall von heftigen Unterleibsschmerzen, deren Sitz die obere rechte Hälfte des Uterus war, mit leichtem Fieber. Lag drei Wochen zu Bette. Zweiter Anfall einen Monat später. Kommt im September, etwa 6 Wochen zu früh mit lebensschwachem Knaben nieder, der eine Woche später stirbt. Das Wochenbett ist gefolgt von schwerer Endometritis mit profusem stinkenden Ausflusse und heftigem Fieber, das nur einer energischen Chininbehandlung und desinficirenden Injektionen in den Uterus wich. Ist krank seit der Zeit bis jetzt (März 1872).

Klagt namentlich über heftige Kopfschmerzen, oben auf dem Kopfe und im Genick mit Uebelkeit bis zum Erbrechen. Heftige, anhaltende Schmerzen im Leibe und Kreuz, so dass sie unfähig ist, ihrer Haushaltung vorzustehen; profuser, weisser Fluss.

Ich finde bei der Untersuchung Schmerzhaftigkeit der obern 4 Halswirbel, einer Anzahl Brust- und Kreuzwirbel, ebenso ist der untere Abschnitt des vorderen Theils der Rückenwirbelsäule, soweit sie der Untersuchung durch die Bauchdecken zugängig, sehr schmerzhaft beim Berühren. Die Schmerzen und das Brennen in den äussern Genitalien stellen sich heraus als veranlasst durch die Erosion der Haut in unmittelbarer Umgebung der Ausführungsgänge der Cowper'schen Drüsen. Der Uterus steht

in exquisiter rechtsseitiger Lateroversion. Der Versuch, seine Axe der Mittellinie zu nähern, ruft das Gefühl von Uebelkeit, worüber Patientin so viel klagt, sowie Schmerzen hervor. Beim Anspannen des hintern Scheidengewölbes durch Druck auf Cervix von hinten nach vorn und Bestreichen des erstern mit dem Zeigefinger, fühlt man eine Anzahl feiner Stränge, die das Gewebe des Peritonealüberzuges der Douglas'schen Tasche durchziehen, und dieser Versuch ist mit sehr bedeutenden Schmerzen verbunden. Cervikalschleimhaut oberflächlich erodirt, sehr profuser, eitrigschleimiger Ausfluss.

Durch örtliche Behandlung ward der Ausfluss fast ganz gehoben, sonst wenig in dem Allgemeinbefinden geändert. Geht nach Europa, um eine Stahlquelle zu benutzen.

30. Frau N.... heirathet 1868 einen Mann, der 6 Jahre vorher einen Tripper gehabt, der mehre Jahre zu seiner Heilung bedurfte, aber 2 Jahre vor der Heirath vollkommen versiecht war. Sie wird bald schwanger, aber abortirt ohne Veranlassung im 3. Monate. Wird im 2. Jahre wieder schwanger, litt sehr viel während der Schwangerschaft, machte Unterleibsentzündung im Wochenbette durch und ist leidend seit der Zeit, so dass sie eine Reise nach Europa zur Herstellung ihrer Gesundheit unternahm. Kehrte gekräftigt zurück, entband wieder vor 8 Monaten, hatte wieder Entzündungserscheinungen im Wochenbett, und ist seit der Zeit immerfort krank. Am lästigsten ist das Gefühl von Uebelkeit, welches sie selten verlässt; klagt namentlich über sehr heftige Kreuzschmerzen, und Leibschmerzen, die sich in das linke Bein bis zum Knie heraberstrecken. Vor Entleerung des Mastdarms heftiger Schmerz im Unterleibe, Uebelkeit und Ohnmacht; kurz ein bejammernswerther Zustand.

Ich finde krampfhafte Spannung der Sphinkteren der Scheide, einen nach rechts lateravertirten Uterus, mit grosser Schmerzhaftigkeit des linken verkürzten Scheidengewölbes, und exquisiter Empfindlichkeit des Douglas'schen Cul de Sac, leichte Erosion dicht um Muttermund, mässiges, dickflüssiges Sekret, Catarrh der Cowper'schen Drüsen.

Die Behandlung konnte wegen meiner Abreise nach Europa nur kurze Zeit durchgeführt werden.

31. Frau H....., eine kleine, pralle, rothwangige Französin, heirathete in vollkommenster Gesundheit vor 9 Monaten einen deutschen Kaufmann, welcher 1½ Jahr vor der Heirath einen Tripper gehabt, der nach seiner Versicherung in 4 Wochen geheilt worden sei. Sie fängt innerhalb der ersten 3 Monate der Ehe an zu kränkeln, bekommt Ausfluss, der anfangs gering und schleimig, in der letzten Zeit nach und nach profuser und eiterartig wurde, dazu gesellten sich dumpfe Schmerzen im Unterleib und Kreuz, die seit den letzten Wochen sich mit grosser Heftigkeit sofort einstellen, sowie Patientin Morgens aus ihrem Bette aufsteht, graduell stärker werden und gegen 12 Uhr Mittags wieder nachlassen. Sie leidet am meisten bald nach Aufhören der Regel. Steril.

Bei der Untersuchung stellt sich heraus, dass der Cervix geschwollen und erweicht ist, das linke breite Mutterband ist als härtliche, gespannte Membran deutlich zu umfassen; das linke Ovarium angeschwollen, schmerzhaft und als Ausgangspunkt der Schmerzen bezeichnet. Das rechte Ovarium liegt tief unten im Becken. Der Cervix zeigt sich durch das Speculum gerötheter, um den Muttermund existirt ein schmaler, erodirter, hochrother Saum, und aus ersterem ergiesst sich massenhaft ein zähes, durchsichtiges Sekret, das sich erst weiter unten in der gleichfalls gerötheten Vagina mit gelben Flocken mischt. Die Schmerzen nahmen unter dem Gebrauch von Codein ziemlich rasch ab, ebenso der Ausfluss bei örtlicher Anwendung von Cupr. sulfur. Die Besserung trat überhaupt rascher ein, als dies gewöhnlich der Fall, und die Frau entzog sich der weitern Beobachtung.

32. Frau S..... aus Williamsburgh bei New-York, zweite Gattin eines Kaufmanns, dessen erste Frau nach vielen Leiden an einer Unterleibsentzündung starb, verheirathet sich vor etwa zwei Jahren als gesundes Mädchen, fängt gleich nach der Heirath an zu leiden, namentlich an weissem Fluss und profuser Menstruation, nebst Schmerzen im Leibe, die sich 6 Monate nach der Hochzeit so steigerten, dass sie sich zu Bette legen musste, und evident unter den Symptomen einer lokalisirten Peritonitis ziemlich heftig erkrankte.

Ist seit der Zeit immerfort leidend. Untersuchung ergibt Uterus nach links laterovertirt, schmerzhaft bei Berührung, kleine harte, sehr empfindliche Exudatmassen rechts neben und hinter der Gebärmutter. Sonde blutet bei vorsichtigem Einführen in den Uterus. Die Schmerzen, worüber sie klagte, beginnen rechts im Unterleibe und ziehen sich unterhalb des Hüftkammes bis zur Kreuzdarmbeinfuge.

Der Mann hatte einen sehr hartnäckigen Tripper vor zwölf Jahren gehabt, etwa ein Jahr vor erster Heirath; blieb ein Jahr unverheirathet, hatte in der Zwischenzeit keinen geschlechtlichen Umgang, bemerkte aber in den ersten Wochen der Verehelichung eine unbedeutende Sekretion, die von selbst wieder verschwand, und die er dem heftigen und häufig wiederholten Beischlaf zuschrieb. Die Schmerzen und der Ausfluss waren durch die Behandlung gebessert, Frau S. blieb indessen steril.

33. Ein verheiratheter Mann, der, wie er mir mittheilte, wiederholt an Gonorrhoe und Striktur gelitten und dessen Harnröhrenmündung noch jetzt gelegentlich durch ein wenig Schleim verklebt ist, hat Umgang mit einer jungen Dame, Fräulein P....., bei welcher sich seit der Zeit Symptome eines Uterinleidens entwickeln. Sie consultirt mehrere Aerzte, ohne Erleichterung zu bekommen und bringt unter Anderm drei Monate in einer hiesigen gynäkologischen Anstalt zu, wo an ihr die Emmet'sche Operation zur Hebung der Anteflexion vorgenommen wird. Etwa ein halbes Jahr später kommt sie in meine Behandlung.

Ihre Hauptklagen sind Schmerzen in der linken Seite und Dysmenorrhoe, welche zwei Tage vor der Regel beginnt und durch die ganze

Zeit hindurch fortdauert. Es soll weder jetzt noch früher Ausfluss von Bedeutung vorhanden gewesen sein.

Beim Untersuchen zeigt sich der Uterus in Anteflexion ersten Grades und bedeutend nach rechts geneigt; linkes Scheidengewölbe sehr verkürzt, Gewebe dort verhärtet und schmerzhaft bei Berührung, Uterus wenig beweglich, Aufrichten ruft starke Schmerzen hervor, Sondeneinführung sehr schmerzhaft, Kanal um $^1/_8$'' vergrössert. Cervikalschleimhaut geröthet, glatt, wenig schleimig-eitriges Sekret. Applikationen aller Art sind nicht im Stande den Schleimhautkatarrh vollkommen zu beseitigen oder die Dysmenorrhoe zu heben. Geht nach Europa zum Gebrauch eines Stahlbades.

34. Frau Y...., Amerikanerin, kommt nach New-York, um sich von einem Leiden befreien zu lassen, das sie seit ihrer Heirath vor 10 Jahren befallen; wird zuerst von Dr. Sims gesehen, der behufs Entfernung der Dysmenorrhoe seine Operation (Einschneiden des Cervix) an ihr vollführt. Ich sehe Patientin etwa ein halbes Jahr später, und zwar nach ihrer Behauptung ungefähr in demselben Zustande wie vor ihrer Abreise von Hause.

Sie leidet nehmlich noch immer an sehr heftigen Schmerzen vor und während der Regel, an ziemlich profusem Ausfluss und an Nervenanfällen, namentlich vor Eintritt der Menstruation, von denen sie zuweilen plötzlich auf der Strasse ergriffen wurde, mit einem Gefühl, als ob alle Nackenmuskeln gelähmt seien und der Kopf vorn über fallen müsse; sie höre auf zu sehen, es treten Schwindel und Bewusstlosigkeit ein, indessen habe sie nie Convulsionen dabei gehabt, und gewöhnlich soll der Anfall mit einem Weinkrampf endigen.

Bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass der ganze Uterus sehr schmerzhaft bei Berührung war, und dabei in Anteversion mit dem Fundus so fest dicht auf der Symphyse gelagert, dass er wie angenagelt schien; neben demselben konnte man beide breite Mutterbänder, wie solide sehnige Bänder ganz deutlich durchfühlen. Diese Seitenpartien waren es, die ganz besonders empfindlich erschienen. Der Cervix war sehr stark geröthet, und aus dem Muttermunde floss ein weisses, nahezu wasserhelles, steifzähes Sekret.

Die Spuren der frühern Operation waren so verwischt, dass man mit Mühe die feinen Narben auffinden konnte.

Der Uterinkanal war äusserst empfindlich beim Untersuchen mit der Sonde. Katarrh beider Cowper'schen Drüsen.

Abstumpfen der Empfindlichkeit und Dilatation des Uterinkanales mittelst Metallsonden von steigendem Umfange brachte grosse Erleichterung hervor.

Die Frau gestand mir auf Befragen, ihr Mann habe kein Hehl daraus gemacht, dass er vor seiner Heirath eine Gonorrhoe gehabt.

Sie ist nie schwanger geworden.

IV. Ovaritis und Catarrh.

Ich habe lange gezögert, die Fälle von Ovaritis, welche ich als Beispiele ausgewählt, separat vorzulegen, da wir ja doch die auf latenter Gonorrhoe beruhende Ovaritis eigentlich als Theilerscheinung der chronischen Perimetritis betrachten können. In jedem Falle von exquisit gonorrhoischer Perimetritis müssen die Eierstöcke leiden, theils durch direkte Uebertragung des inficirenden Catarrhes von den Fimbrien auf die, die Eierstöcke bedeckende Schleimhaut, theils in Folge der Gefässverbindungen zwischen letzterer und Beckenperitoneum. Indessen vermehrt eine derartige Trennung die Uebersichtlichkeit der einzelnen Erscheinungen, und endlich gibt es Fälle von chronischer Perimetritis, wo die Affektion der Eierstöcke das einzig klinisch Erkennbare ist. Wie innig aber beide Affektionen mit einander zusammenhängen und zum Beweise, dass es keine Fälle gibt die nothwendig immer ovaritis chronica für die ganze Dauer des Leidens bleiben müssen, geht aus den Beobachtungen hervor, wo zu Jahre lang bestehender Ovaritis, als einziges Symptom, sich nun plötzlich exudative Perimetritis hinzugesellt. Ausserdem aber findet man so häufig geschwollene, schmerzhafte Ovarien von ein Paar feinen Strängen, oder von grossen Massen Exudates umgeben, dass es sehr oft unmöglich ist zu sagen, wo die Perimetritis aufhört und die Ovaritis anfängt. Desshalb werden auch unter den schon mitgetheilten Fällen einige mit gleicher Berechtigung, unter Ovaritis wie unter Perimetritis aufgeführt werden können. Auch liefern die ins Leben tretenden Erscheinungen der an Ovaritis Erkrankten keine Besonderheiten. Erstens gibt es Frauen, an denen chronische Entzündung beider Ovarien zur Evidenz nachgewiesen werden kann, und die, ausser lokalem Schmerz, absolut keine Störungen im Allgemeinbefinden zeigen, während andere mit Exudaten sogar ausserhalb des Bereiches der Eierstöcke alle Symptome, der in den Handbüchern geschilderten Zufälle, wie sie sich zur Eierstockserkrankung gesellen sollen, darbieten.

Als chronische Ovaritis lassen sich im Leben zwei erkennbare Stadien der Erkrankung diagnosticiren. Nehmlich eine fühlbare Erweichung, Vergrösserung und Abrundung des Organes, wobei dasselbe in den meisten Fällen, — jedoch nicht immer — der gegenüber-

stehenden Seite des Uterus genähert ist, zuweilen in solchem Maasse, dass es den Eindruck einer, mit breiter Basis aus demselben hervorspringenden, Geschwulst macht. Oder aber der Eierstock ist um die Hälfte oder ein Drittheil seiner normalen Grösse reducirt, ist verhärtet, abgerundet, und liegt dann meist in einiger Entfernung von dem Uterus, tiefer im Becken und so der Untersuchung leichter zugänglich. Es kommen häufig beide Zustände zugleich bei einer Frau zur Beobachtung.

Die Frage, in welchem Verhältnisse chronische Ovaritis überhaupt zur latenten Gonorrhoe steht, ist viel schwieriger zu beantworten, als z. B. der Zusammenhang der akuten und recurrirenden Perimetritis, namentlich, wo man keine Zeichen früher überstandener Perimetritis findet. Wenn, wie es zuweilen geschieht, Nichts zugegen ist, als ein Paar schmerzhafte, geschwollene Eierstöcke mit darauf bezüglichen Schmerzen und Funktionsstörungen, wenn dabei Nichts aus der Anamnese des Falles sich eruiren lässt, was auf eine akute Invasion des Beckenperitoneums hindeutet, wenn dabei der begleitende Catarrh verschwindend gering, und sehr bland erscheint, so ist es häufig unmöglich die Frage zu entscheiden.

Der Catarrh hat ebenso wie die Ovaritis das Eigenthümliche, dass er zuweilen das einzig vorhandene Symptom der latenten Gonorrhoe ist, oder aber, wie die Ovaritis, eine Theilerscheinung der ganzen Erkrankung und immer vorhanden. Es würde bei der Beleuchtung der Frage die latente Gonorrhoe betreffend, von grosser Bedeutung sein, wenn Frauen immer wüssten, ob sie an Fluor albus leiden oder nicht. Wir könnten dann viel aus der Zeit, in welcher der Catarrh begonnen, vieles in Bezug auf Ethiologie erfahren. Aber es weiss ja jeder Gynäkologe, dass wir beim Untersuchen Patientinnen vorfinden, deren Vulva und Vagina von Schleimeiter bespült ist, und die uns versichern, dass sie keinen Ausfluss hätten. Gegentheilig werden wir wegen eines sehr peinigenden Ausflusses häufig consultirt, wo die Untersuchung absolut keine Sekretionsanomalie entdecken lässt. Kurz für eine Patientin ist dieselbe Masse quälend und beunruhigend, die andern gar nicht zum Bewusstsein kommt.

Es ist ausserdem für uns Aerzte schwierig die Frage zu entscheiden, wo beim Catarrh des Uterus das Physiologische aufhört und das Pathologische beginnt.

Der Catarrh und die ihn begleitenden Erscheinungen am und

um den Muttermund herum, wie sie als Folge latenter Gonorrhoe beobachtet werden, sind äusserst verschieden, wie es ja aus dem Durchlesen der vorgelegten Krankengeschichten schon klar geworden ist.

Es kommen hier alle möglichen Gradationen vor, von mässiger Sekretion eines durchsichtigen Schleimes mit ganz intakter Schleimhaut des Cervix, bis zur profusen Blenorrhoe eines eitrigen Schleimes und weitverbreiteter Ulceration. Am häufigsten findet man indessen einen gelblich gefärbten, wie mit Eiter versetzten, undurchsichtigen Schleim, der aus dem Muttermunde sich ergiesst, welcher von einer hochrothen Erosion umgeben ist, die nur einige Linien breit denselben ringförmig umfasst.

Ein anderes eigenthümliches Merkmal besteht darin, dass sehr häufig bei einer und derselben Frau, der Ausfluss eine Zeit lang reiner zäher Schleim in geringer Quantität ist und zu andern Zeiten als ganz bedeutende, dünnflüssige, gelbliche Sekretion angetroffen wird. Ich habe schon oben erwähnt, dass die Veränderung in Masse und Ansehen sich besonders gern an akute Exacerbationen der bestehenden chronischen Perimetritis knüpft. Es treten indessen auch solche excessive Absonderungen eines getrübten Uterinschleims oft ohne alle nachweisbare Einflüsse auf. In den meisten, nicht in allen Fällen ist dabei als Zeichen der Theilnahme der Uterinkörperschleimhaut dieselbe beim Berühren mit der Sonde schmerzhaft. Und namentlich hat es mir geschienen, dass die Schmerzhaftigkeit sich um die Tubenmündungen herum concentrire. Wenigstens wurde hier sehr häufig, wenn ich die Sonde durch Drehung nach rechts oder links in die Hörner hinaufschieben konnte, an einem ganz umschriebenen Punkte, wo die Mutterröhren ihre Mündung haben mussten, ein sehr akuter Schmerz durch Berührung mit dem Sondenknopf hervorgerufen.

Ich glaube es ist gerechtfertigt, anzunehmen, dass jede akute Gonorrhoe, bei der Frau sich immer auf den ganzen Schleimhauttraktus von der Vulva aufwärts, bis in die Unterleibshöhle hinauf erstreckt. Und so finden wir denn nach Jahren bei den so erkrankt gewesenen, noch die Spuren der frühern Invasion in allen Abtheilungen des Schleimhautsystems wieder: Alte Exudate, verkürzte Ligamente, als Zeichen des Tubencatarrhs, durch das Speculum erkennbaren Uterincatarrh, und endlich Zeichen an der Vulva, welche auf die frühere Existenz einer Gonorrhoe hindeuten.

Bekanntlich wird von den Autoren die Gegenwart einer Entzündung der Schleimheit der Urethra, für einen der zuverlässigsten Beweise für den gonorrhoischen Charakter eines Ausflusses gehalten. Und mit Recht behält er diese Bedeutung, so lange er fortbesteht. Leider aber verschwindet derselbe in den meisten Fällen sehr rasch und lässt äusserst selten Spuren seiner frühern Gegenwart für das Leben zurück. Wir würden in Bezug auf die Diagnose eines vor Jahren überstandenen Trippers, wozu in vielen Fällen der Beweis, dass eine Affektion der Vulva bestanden hat, nothwendig ist, sehr übel daran sein, wenn es nicht eine Erscheinung im Bereich der Vulva gäbe, welche gerade so wie der Tubencatarrh meist für das ganze Leben fortbesteht. Es ist der in der Beschreibung der Fälle so oft erwähnte Catarrh der Cowper'schen oder Vulvo-Vaginaldrüsen.

Im natürlichen Zustande sind die Oeffnungen der Ausführungsgänge der beiden Drüsen nur selten mit blossem Auge sichtbar. Wenn man aber eine Frau untersucht, welche in frühern Jahren an Gonorrhoe gelitten, so ist die Regel, dass man beim Abzerren der kleinen Schamlippe von dem Reste des Hymen, zwischen der ersteren und der unteren seitlichen Caruncula myrtiformis, eine hochrothen, mit glasigem Schleim überdeckten, Punkt sieht, von dem sich als Centrum nach oben und aussen hin, ein immer matter werdender rother Streifen erstreckt und, nach und nach erblassend, in die Farbe der umgebenden Schleimhaut übergeht.

Diese Cometenschweifform ist häufig sehr charakteristisch ausgebildet, zuweilen ist der rothe Hof einfach oval oder auch rund, und geht die oberflächliche Epithelialabschülferung gelegentlich so tief, dass ein, wie mit Eiter bedecktes kleines Geschwürchen an einer, oder beiden Mündungen zu sehen ist, welche dann häufig zu sehr quälenden Schmerzen Veranlassung geben. Diese Schmerzhaftigkeit, wenn auch selten spontan, kann doch sehr häufig durch Berühren der kleinen Erosionen hervorgerufen werden. Die Affektion erstreckt sich meist auf beide Drüsenöffnungen, ist aber häufig in verschieden starkem Grade ausgebildet, so dass sie oft nur rechts oder nur links hervortritt. Der frühere Catarrh erlischt also in diesem Organe am allerspätesten oder bleibt für das ganze Leben bestehen. Zunächst häufig findet sich Catarrh der kleinen acinösen Drüsen, welche oberhalb der Cowper'schen gelegen, ihr Sekret zwischen Hymen und labia minora ergiessen, und endlich derer,

welche rings um die Harnröhrenmündung gelagert sind. Es kommt zuweilen vor, dass sie sammt und sonders ergriffen sind, und dann durch die Ausbreitung und Intensität der Erkrankung, als Hauptkrankheitssymptom in den Vordergrund treten. Unter solchen Umständen, sieht man dann einen gerötheten Strang, der sich an der bezeichneten Stelle rings um die Vulvaröffnung herumzieht.

Wenn wir also bei einer Patientin chronische Perimetritis, Uterincatarrh mit gelblichem, schleimigen Sekret, einen schmalen rothen Saum um den Muttermund, und Catarrh der Cowper'schen Drüsen vorfinden, so können wir daraus schliessen, dass sie zu irgend einer Zeit an Gonorrhoe gelitten. Meist bestätigt denn auch ein Eingehen in die Anamnese des Falles diese Vermuthung.

Dagegen kommt dieselbe Combination auch bei Frauen vor, bei denen eine Ansteckung in dem bisher gebräuchlichen Sinne nicht Statt gefunden. Und zwar sind die davon Betroffenen an Männer verheirathet, welche mit einem vor Monaten oder Jahren abgelaufenen Tripper in die Ehe gegangen.

Eine Eigenthümlichkeit des Sekretes solcher Frauen besteht, wie ich in der Einleitung erwähnt, in der Gegenwart eines Pilzes, und zwar lässt sich derselbe sowohl aus dem in der Scheide vorhandenen, wie dem aus der Tiefe der Uterinhöhle entnommenen, als auch endlich aus dem Sekrete der Cowper'schen Drüsen ziehen. Letzteres eignet sich desshalb am Besten zur Beobachtung seiner Entwicklung, weil dasselbe weniger Gewebselemente in dem schleimigen Menstruum enthält, als Objecte von andern Orten entnommen. Es ist indessen nicht immer möglich eine genügende Quantität auszudrücken, und es lässt sich dasselbe dann, wenn der Ausführungsgang überhaupt hinreichend sichtbar ist, mit einer subcutanen Injektionsspritze, welcher, statt der zugespitzten Röhre eine Canüle, wie sie zur Injektion in den Thränensack gebraucht wird, aufgesetzt ist, leicht ein Tropfen aufsaugen. Derselbe wird auf einer Glasplatte mit ein Paar Tropfen der Hallier'schen Lösung von natr. phosph. und Traubenzucker vermischt, dann eine genügende Portion davon auf ein Deckgläschen gebracht und dasselbe auf die ihm angepasste Oeffnung einer feuchten Kammer umgestülpt, und zuletzt mit einem Firniss befestigt und von der Luft abgeschlossen. Zu Anfang ist die, nun zur bequemen mikroskopischen Untersuchung bereite, Flüssigkeit ganz klar, wenigstens für das System (Vergr. 300), womit ich bisher untersucht habe, und enthält ausser

Schleimkörperchen nur gelegentlich Eiterkörperchen und Epithelien von verschiedener Form und Grösse, wie sie in dem, der Vagina entnommenen Schleime, enthalten sind.

Am dritten zuweilen schon am zweiten Tage, je nach der Wärme des Zimmers und wahrscheinlich auch abhängig von individuellen Verschiedenheiten des untersuchten Objektes, bisweilen erst am vierten oder fünften, kann man das Auftreten von kleinsten Micrococcen beobachten, die, wenn einmal bis zu diesem Stadium der Entwicklung gelangt, sich rasch vergrössern, so dass gewöhnlich am 4. Tage das ganze Gesichtsfeld mit Haufen von stark lichttragenden ovoiden Zellen angefüllt ist. Unter diesen wachsen einzelne nun noch weiter und entwickeln nach allen Seiten hin langgestreckte Pilzzellen, welche sich nach und nach zu Pilzfäden ausstrecken, von deren kolbigem Ende neue Zellen sich entwickeln. Die meisten wachsen so in der Längsrichtung weiter, während sie zugleich von Zeit zu Zeit dünnere Seitenäste abschicken. Bei den noch nicht ganz fertigen Pilzfadenzellen kann man an jedem Ende einen hellern Kern beobachten, der später häufig wieder verschwindet. Einzelne derselben indessen persisistiren nicht nur, sondern färben sich dunkelbraun mit einem Schillern in Stahlblau. Von diesem Punkte aus entwickeln sich nun ebensogefärbte dünnere Pilzfäden, die aber alle nach unten dem Boden des Glases entgegen wachsen. Sie erreichen nie eine bedeutende Länge, schwellen an ihrem Ende an und setzen meist 5 Sterigmen an, die sehr rasch anfangen zu fruktificiren Die Conidien haben dieselbe Farbe wie die ursprünglichen Kerne, aus denen sie hervorgegangen. Jetzt erst machen die auf dem Boden kriechenden mattweissen Fäden Anstalten zur Erzeugung der fruchttragenden Organe, die gerade in derselben Weise, wie die oben geschilderte, vor sich geht, wobei die Conidien auch weiss und grösser sind als erstere.

Es lässt sich nun, wie ich wiederholt erfahren, dieselbe Pilzform aus frischem Trippersekret bei Männern darstellen, nur mit dem Unterschiede, dass die Entwicklung und Ausbildung aller Formelemente der Pflanze nicht nur rapider vor sich gehen, sondern die, aus dem Sekrete der an latenter Gonorrhoe erkrankten Frauen gezogenen, in allen Dimensionen bedeutend übertreffen.

Es ist natürlich bis jetzt unentschieden, ob diese einfache Pilzform irgend welche spezifische Charaktere besitzt, sei es in Bezug

auf botanische Klassifikation, sei es mit Rücksicht auf ihre Bedeutung als Träger des Contagiums.

Für mich hat die Gegenwart des Pilzes mit gehörigen Cautelen aus dem Uterinsekret gezogen einen gewissen diagnostischen Werth. Bei vielen Gegenversuchen wenigstens, i. e. versuchter Züchtung des Pilzes aus dem Schleime solcher Patientinnen, bei denen Contakt mit einem Manne noch nicht Statt gefunden hatte, oder von Frauen solcher Männer, die sich nie in ihrem Leben einer Ansteckung ausgesetzt hatten, ist es mir nicht gelungen, einen Pilz, wie er eben beschrieben worden ist, zu ziehen.

Ich habe in solchen Sekreten, nachdem sie wochenlang in der feuchten Kammer gestanden, wohl Entwicklung ganz kleiner Micrococcen, auch wohl hie und da Austreiben eines schmalen, kurzen Pilzfadens gesehen, welche indessen nie die oben beschriebene Entwicklung durchmachten; aber in den allermeisten Fällen lösten sich zuletzt die mit eingeschlossenen Epithelialzellen und Kerne zu einem molekulären Breie auf.

Wenn ich sage, die Gegenwart dieses Pilzes habe in gewissem Grade einen diagnostischen Werth, so will ich damit andeuten, dass weder die Masse der Gegenversuche, noch die Umstände, unter denen sie angestellt worden, bis jetzt hinreichend gross und variirt genug waren, um mit Sicherheit daraus den Schluss ziehen zu können, dass die Anwesenheit des Pilzes allein hinreiche, das Bestehen der latenten Gonorrhoe in einem gegebenen Falle zu constatiren.

Ich habe ein Paar Fälle notirt, wo Catarrh das einzige Zeichen der Erkrankung gewesen, und über deren Bedeutung und Aetiologie gewiss das pro und contra seine Berechtigung hat, die indessen wie die meisten Catarrhe aus dieser Ursache mit Affektion der Cowper'schen Drüsen und Sterilität einhergingen, und bei denen die Behandlung nur immer temporär die Erscheinungen minderte. Ich wollte ja überhaupt nur die Fälle, wie ich sie beobachtet, mit meinem Commentar dazu desshalb vor die Augen des ärztlichen Publikums bringen, um die Veröffentlichung ähnlicher Fälle von competenterer Seite zu veranlassen, und so graduell der Wahrheit zu Tage helfen.

35. Am 17. Febr. 1871 kam Frau D..... zur Behandlung, welche am 23. October vorigen Jahres geheirathet hatte.

Der Mann, welcher mir die junge Frau zuführte, eröffnete mir, dass er vor der Heirath einen Tripper gehabt, in Folge dessen noch gelegentlich etwas Feuchtigkeit an der Harnröhrenmündung sich gezeigt, als er die Ehe angetreten. Er habe sich aber bei bedeutenden Aerzten über die mögliche Bedeutung dieses Zustandes beim Eintritt ins eheliche Leben befragt, und von allen einstimmig den Rath erhalten, ruhig zu heirathen, gestützt auf die Erfahrung, dass so viele junge Leute unter denselben Verhältnissen heiratheten, ohne ihre Frau anzustecken.

Es trat nun gleich nach der Heirath eine Aenderung in der Funktion des Uterus insofern ein, als die beiden ersten Male die Regel bedeutend geringer war als früher, und sich 12 Tage nach der zweiten Menstruation ein mit Blut gemischter Schleimausfluss bildete, der bis zur Zeit der dritten Regel anhielt. Diese letzte Menstruation dauerte 8 Tage hindurch und war sehr profus. Dabei fing Frau D. an über Müdigkeit und Schmerzen im Unterleibe zu klagen. Sie klagte jetzt besonders über Schmerzen in der linken Seite, welche bis zum Knie hinunter sich erstreckten, und seit 8 Tagen über stechende Schmerzen beim Wasserlassen.

Ich fand beide Lippen excoriirt, und bedeckt mit fast rein eitrigem Sekrete, Urethralöffnung stark geröthet und sehr schmerzhaft bei Berührung. Uterus tief stehend, retrovertirt, erweicht, geschwollen, schmerzhaft, beide Ovarien tiefer im Becken, rechtes elastisch, platt, linkes dem Uterus genähert, kugelig, hart, vergrössert. Das Orificum uteri erodirt, und aus ihm ergiesst sich massenhaft die eitrige Sekretion.

Behandlung bestand in Seitenlage, kühlen Einspritzungen, salinischen Abführmitteln, Applikation von Eisentinktur mit Glycerin in den Uterinkanal.

Die dringendsten Erscheinungen, namentlich diejenigen, welche der profusen, ätzenden Sekretion zuzuschreiben waren, schwanden bald, aber durch die nächsten Monate hindurch, konnte ich ein graduelles grösser und härter werden des linken Ovariums verfolgen, und es erreichte dasselbe zuletzt die Grösse einer starken Wallnuss.

Ich rieth daher Frau D. im Laufe des Sommers den Gebrauch eines Soolbades an, das denn auch seine Wirkung insofern that, als bei ihrer Rückkehr im September der afficirte Eierstock nahezu auf seine Normalgrösse reduzirt war.

Ich ersuchte unterdessen den Ehemann, sich genau von einem Spezialisten untersuchen und eventuell behandeln zu lassen, wobei sich denn herausstellte, dass er an einer Striktur im vordern Theil der Urethra litt.

Im Winter 1871—72 traten indessen bei Frau D. die alten Beschwerden etwas modificirt wieder ein. Namentlich lästiger Stuhldrang, vermehrter Ausfluss, Schmerzen an den äusseren Genitalien, und es musste der Catarrh wieder von Neuem in Behandlung genommen

werden. Die Regel blieb einige Mal 8—14 Tage über die Normalzeit aus und gab Veranlassung zu immer wieder getäuschter Hoffnung.

Ist noch in Behandlung.

Frau M. L . . . ., von englischer Abkunft, in Westindien geboren, tritt vor 8 Jahren in die Ehe als gesundes Mädchen, fängt 2 Monate später an zu leiden mit heftigen Kreuzschmerzen, bleibt steril und ist seit der Zeit nicht mehr gesund gewesen. Neben den Schmerzen in beiden Seiten, den heftigen Kreuzschmerzen, der Dysmenorrhoe, dem fortwährenden Stuhldrang, hat sie Anfälle von Hemikranie, die anfangs nur vor Eintritt der Regel, in der letzten Zeit aber auch ganz unabhängig davon auftreten, welche die sonst so energische und willensstarke Frau vollständig vernichten durch die Intensität der Schmerzen. Sie hatte die Machtlosigkeit der meisten narcotischen Arzneimittel versucht und nur noch Vertrauen zu Chloroform.

Nachdem sie in ihrer Heimath vergebens die ansässigen Aerzte consultirt, wandte sie sich nach London an eine sehr bekannte gynäkologische Autorität, ward von diesem mit dem ganzen Apparat, der uns zur Behandlung der Geschlechtskrankheiten zu Gebote steht, behandelt, und fand doch endlich nur eine sehr geringe Aenderung in ihrem Zustande. Sie hatte Gelegenheit nach New-York zu kommen, und ward an mich gewiesen. Ihre erste Frage war, ob ich etwas gegen die Sterilität zu thun vermöge, da sie nur, nach so vielen trüben Erfahrungen, von einer Schwangerschaft eine Radikaleinwirkung erwarte.

Bei der Untersuchung zeigt sich der Uterus succulent, wenig empfindlich, antevertirt und nach rechts gewendet. Beide Eierstöcke sind deutlich fühlbar, der linke (durch die doppelte Untersuchung oben neben dem Fundus uteri), lässt leicht eine Vergrösserung um etwa das Doppelte, Abrundung und Erweichung erkennen; er ist der Sitz des Hauptschmerzens und äusserst empfindlich bei der Berührung. Der rechte hängt nach unten, tief neben dem Uterus, ist hart, sehr klein, nicht mehr abgeplattet und schmerzhaft, wenn auch nicht in gleichem Grade wie der linke.

Der Versuch, den Uterus grade zu richten, ruft heftige Kreuzschmerzen hervor, ebenso das Touchiren des hintern Scheidengewölbes. Keine Erosion am Muttermunde, wenig Sekretion.

Da Patientin viel von den Erfolgen des Dr. Sims in der Behandlung der Unfruchtbarkeit erfahren hatte, so consultirte sie denselben, und es ward ihr vorgeschlagen, den Cervikalkanal durch Schnitt zu erweitern, woranf sich Frau L. indessen nicht einliess, da sie von ihrem Londoner Arzte, wie von mir, gewarnt worden war, sich nicht auf eine Operation einzulassen.

Ich glaubte hier einen Fall von reiner idiopathischer Oophoritis chronica vor mir zu haben, indessen konnte ich mich mit dem Gedanken nicht beruhigen, dass ein kräftiges Mädchen, kaum in die Ehe getreten, einfach durch das Faktum der Heirath schon nach zwei Monaten

anfangen sollte zu leiden, steril zu bleiben, ohne dass eine nachweisbare Ursache vorliege.

Ich nahm also ein genaues Examen mit dem Mann vor. Ich erfuhr von ihm, dass er während seines Lebens drei verschiedene Gonorrhoen gehabt, dass die letzte sehr hartnäckig gewesen, complicirt mit einer Orchitis, welche durch einen Fall vom Wagen hervorgerufen sei. Die vollkommene Heilung sei etwa 6 Monate vor der Heirath erfolgt.

37. Frau G....., blonde Jüdin, heirathete vor etwa drei Wochen einen Mann, der ein Jahr vorher einen Tripper durchgemacht, an dessen Folgen er in Form einer Striktur bis kurz vor der Heirath behandelt worden war, hatte indessen zur Zeit der Verehelichung keine Spur von Ausfluss. Die bisher gesunde Frau war kaum verheirathet, als sie anfing zu kränkeln. Die Regel erschien früher als je zuvor, war profus, mit Schmerzen verbunden und dauerte drei Tage länger als gewöhnlich. Es stellte sich heftiger Ausfluss und bald nachher anhaltende Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes ein.

Bei der Untersuchung ergab sich, dass die ganze Vulva geröthet und mit einem profusen eitrigen Sekret bespült war; Uterus stand in leichter Flexion nach vorn, und deutlich rechts lateroversirt, das linke Ovarium stand tief, war geschwollen und sehr schmerzhaft. Das hintere Scheidengewölbe succulent, sehr schmerzhaft bei Berührung.

Trotz einer eingreifenden Behandlung mit Narcoticis, gesellte sich allmählich ein fieberhafter Zustand zu den immer heftiger werdenden Schmerzen, die zuletzt einen typischen Charakter insofern annahmen, dass sie den Morgen über gelinde, sich Nachmittags gegen 5 Uhr zu einer solchen Heftigkeit steigerten, dass zu Zeiten alle narcotischen Arzneimittel, mit Ausnahme von Aetherinhalation; versagten. Als Centralpunkt, von welchem die Schmerzen ausgingen, wurde das linke Ovarium bezeichnet.

Es gesellten sich nun noch Anfälle von hysterischen Convulsionen, abwechselnd mit Aberration der Hirnthätigkeit, hinzu, und so nahm es denn viele Monate bis die Frau wieder ihr Bett verlassen und sich ihrem Hauswesen widmen konnte.

Etwa 3 Monate nach Ablauf dieser Erkrankung war Frau G. schwanger, hatte Anfangs sehr viel von erneuten Unterleibsschmerzen zu leiden, so dass sie mit Unterbrechungen wieder mehrere Wochen hintereinander das Bett hütete, erholte sich auffallend in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, und ward Anfangs Februar 1871 von einem kräftigen Knaben entbunden mittelst der Zange.

Sie leidet seit der Zeit an Blutungen und erneutem Ausfluss, die indessen durch ruhiges Verhalten und örtliche Applikation von Eisentinktur in Schranken gehalten werden.

38. Frau C....., Jüdin, heirathete vor 3 Jahren einen Kaufmann, der $1^1/_2$ Jahr vor dieser Zeit eine Gonorrhoe gehabt, die mit Nachtripper sich etwa 3 Monate hinschleppte und dann vollständig

geheilt wurde. Schon in den ersten Monaten fängt Frau C. an zu kränkeln, über weissen Fluss zu klagen. Die Periode, welche bis dahin normal gewesen, tritt in längern Zwischenpausen ein und wird geringer, Unterleibs- und Kreuzschmerzen gesellen sich hinzu.

Patientin stellt sich vor im Jahre 1866. Ich fand den Uterus klein, härtlich anzufühlen, nach rechts laterovertirt, beide Ovarien als kleine abgerundete, indurirte, sehr schmerzhafte Körper neben und hinter Uterus deutlich fühlbar. Keine Erosion, Sekret mässig stark, milchig getrübter, sehr zäher Schleim.

Behandlung bestand in warmen Douchen, sowie innerer und örtlicher Anwendung von Jodpräparaten und Elektrizität, worauf Catarrh und Dysmenorrhoe sich vermindern, sonst indessen nicht viel in dem Zustande verändert wird. Sie besucht im Sommer 1867 ein Soolbad in Canada, fühlt sich kräftiger, und die Eierstöcke scheinen weniger empfindlich als früher zu sein, aber die Frau bleibt steril. Reiste nach Colorado, und ist, wie ich von Verwandten höre, bis jetzt noch in demselben Zustande.

39. Frau H...., Amerikanerin, 3 Jahr verheirathet, steril, gibt an, im ersten Jahre der Heirath vollkommen gesund gewesen zu sein, und erst seit etwa 2 Jahren an bedeutendem Ausfluss zu leiden. Derselbe war anfangs nur gering, nahm aber im Laufe der Zeit zu, ist namentlich in der letzten Zeit stärker geworden. Sie hat seit 3 Wochen zum ersten Male Schmerzen in der linken Seite, keine Dysmenorrhoe. Der Mann, ein junger Banquier, welcher mir seine Frau zuführte, erzählte, dass er sich zu Anfang des zweiten Jahres der Verheirathung, während der Abwesenheit seiner Frau auf dem Lande, eine Gonorrhoe geholt, die in 4 Wochen geheilt gewesen, und dass er seine Frau erst nach vollständiger Heilung wieder beschlafen habe.

Uterus in rechtwinkliger Anteflexion, nicht empfindlich, linkes Ovarium deutlich fühlbar, geschwollen, schmerzhaft bei Berührung, Sitz des subjektiven Schmerzes; Ausfluss dünn, schmutzig grau-braun.

Wird nach und nach durch Abführmittel und örtliche Anwendung von Eisentinktur gebessert, aber nicht schwanger.

40. Frau U..... heirathet vor $6^1/_2$ Jahren einen Mann, der mir mittheilte, dass er kurz vor seiner Heirath von einer langwierigen Gonorrhoe geheilt worden sei; sie kommt mit ihrem ersten Kinde 10 Monate später nieder, 11 Monate darauf mit dem zweiten Kinde und $2^1/_4$ Jahr später mit dem dritten. Fing bald hinterher an zu leiden mit Schmerzen in der linken Seite und weissem Fluss. Sie ward an diesem Zustande ohne Erfolg durch 6 Monate von ihrem Hausarzte behandelt. Ging 1871 nach St. Moritz und kam insoweit gebessert zurück, als die Schmerzen nachgelassen. Der Ausfluss war in keiner Weise modificirt worden. Anfang 1872 abortirte sie im zweiten Monate und litt dabei an sehr profuser Hemorrhagie durch mehrere Wochen.

Bei der Untersuchung stellt sich heraus, dass der Uterus ge-

schwollen, aufgelockert, frei beweglich ist. Linkes Ovarium tief gelagert, deutlich abgerundet und etwa um das Doppelte geschwollen, als Sitz der Schmerzen angeklagt. Erosion auf beiden Lippen, schleimeitriges Sekret. Catarrh beider Vulvo-Vaginaldrüsen.

Ist noch in Behandlung.

41. Frau D....., aus dem Innern des Staates von New-York, heirathet vor $1^1/_2$ Jahren einen Mann, der, wie er mir erzählt, einen Tripper gehabt, der zwar hartnäckig erschien, aber nach ein Paar Monaten doch gründlich kurirt war und seit der Zeit bis zu seiner Heirath vollkommen verschwunden war.

Bald nach der Heirath bekommt die Frau Ausfluss, und der Mann in der sechsten Woche vom Tage des ersten Beischlafs wieder einen ganz leichten Nachtripper, der aber 3 Monate zu seiner Heilung nimmt.

Frau bleibt steril und kommt desshalb im September 1866 in Behandlung.

Sie klagt über heftige Rückenschmerzen seit ihrer Heirath, Schmerzen bei Regel, und immer profuser werdenden Ausfluss.

Beim Untersuchen fand ich den Uterus leicht retroflektirt, nicht geschwollen, schmerzhaft an seinem hintern Umfang. Aus dem Muttermunde, den ein ganz schmaler rother Saum umfasst, ergiesst sich massenhaft ein gelblich-weisses, sehr zähes Sekret. Vagina leicht geröthet. Catarrh der Cowper'schen Drüsen. Ich behandelte den Catarrh erst mit schwächeren, später mit den stärksten Adstringentien, indem ich die, vorher durch Pressschwamm dilatirte, Uterinhöhle mit, in liqu. ferri sesqui-chlorati getränkter Watte, tamponirte. Der Ausfluss liess zwar nach, versiegte aber nur temporär, um nach einiger Zeit desto profuser aufzutreten.

Auf meinen Rath consultirt Patientin einen der hervorragendsten deutschen Gynäkologen, der sie nach Schwalbach schickte. Sie gebrauchte Bäder und Trinkkur einen Sommer hindurch und kehrte dann in ihre Heimath zurück. Die unmittelbare Folge war zwar kein Verschwinden, aber doch ein geringer werden der Sekretion, die nur in ihrer Masse, nicht in ihrem Charakter verändert war.

Im Sommer 1871 kam Patientin wieder nach New-York, immer noch nach Abhülfe gegen ihre Sterilität suchend.

Ich fand bei dieser letzten Untersuchung den Uterus verkleinert, hart, den äussern Muttermund so verengt, dass ich kaum den Sondenknopf einführen konnte, den ganzen Uterinkanal mit harten narbigen Hervorragungen bedeckt, und durchaus in seinem Lumen verkleinert, so dass ich dazu rieth, durch eine Operation die verengten Stellen zu erweitern, wozu indessen Patientin ihre Zustimmung nicht geben wollte, und wieder abreiste, ohne sich einer fernern Behandlung zu unterziehen.

42. Frau V....., eine muskulöse Engländerin, macht vor 4 Jahren auf der Ueberfahrt nach New-York die Bekanntschaft eines

der Officiere des Schiffes und heirathet denselben, einen Deutschen, ein Jahr später. Die Frau kommt im Sommer 1871 in meine Behandlung hauptsächlich um die Ursache ihres Nichtschwangerwerdens zu erfahren. Sie erzählt dabei, dass sie bald nach der Heirath einen Ausfluss bekommen, der noch jetzt in derselben Weise fortbestehe. Ausserdem sei die Regel nach und nach geringer geworden, sonst leide sie nicht.

Ich finde bei der Untersuchung den Uterus klein, in ausgesprochener Anteflexion, und aus dem mit einem schmalen rothen Saum umgebenen Muttermunde ergiesst sich ein massenhaftes, nahezu durchsichtiges schleimiges, mit wenig Flocken getrübtes Sekret. Vulva geröthet, und die Mündungen der Cowper'schen Drüsen nebst Umgebung excoriirt.

Die Sekretion ward verändert durch Anwendung von adstringirenden Mitteln, aber bis jetzt ist noch keine Schwängerung eingetreten. Der Mann hatte 3 Jahre vor Eintritt in die Ehe einen Tripper, welcher zwei Monate zu seiner Heilung nahm und mit einer Hodenentzündung complicirt war.

43. Frau V...., eine kräftig gebaute Amerikanerin, 23 Jahre alt, heirathet einen deutschen Tischler, der 4 Monate vor der Heirath von einer Gonorrhoe geheilt worden war, welche 8 Wochen lang dauerte.

Sie verspürt keine Leiden irgend welcher Art, wird 10 Monate nach der Heirath schwanger, macht eine normale Geburt durch und merkt, als sie aufsteht, dass sie an sehr profusem Fluor albus leidet. Ich finde bei der Untersuchung jetzt (4 Monate nach der Entbindung) den Uterus vergrössert, succulent, wenig schmerzhaft bei der Berührung. Aus demselben fliesst ein Sekret in grosser Menge, das wie reines Eiter aussieht; Vagina und Vulva sind davon oberflächlich excoriirt und geröthet, Urethralcatarrh. Die Anwendung von Wattebäuschchen mit Tannin und Glycerin getränkt, vermindert bald die profuse Sekretion und ihre Folgen.

44. Frau S. G....., aus einer der Hauptstädte des Westens, heirathet vor 8 Jahren einen Mann, der 2 Jahre vorher eine Gonorrhoe, die etwa 8 Wochen zu ihrer Heilung nahm, durchgemacht. Gesund tritt sie in die Ehe und fängt an nach einiger Zeit über Unterleibsschmerzen, namentlich vor dem Eintritt der Regel, zu klagen, es stellt sich fluor albus ein, und die so sehnlichst erwünschte Schwangerschaft lässt auf sich warten. Sie wird desshalb erst von ihrem Hausarzt behandelt, reist dann zu einem hervorragenden deutschen Gynäkologen, gebraucht Stahlquellen, wird örtlich durch 6 Monate behandelt und kommt gebessert zurück.

Ich sehe sie zuerst im Herbste 1870, und erfahre, dass sie durch den Gebrauch der Bäder gekräftigt und sich vollkommen wohl fühlend, nach Amerika zurückgekehrt sei vor etwa 2 Jahren, dann wieder angefangen habe zu leiden und jetzt ungefähr in demselben Zustande sich befinde wie zur Zeit der Abreise von ihrem Wohnort.

Die Frau sieht anämisch aus, ist sehr launisch und verstimmt, theils in Folge ihres Leidens, theils durch die so oft getäuschte Erwartung einer Schwangerschaft. Sie klagt über ziehende Schmerzen im Unterleibe ein paar Tage vor und während der Regel, die sehr profus ist und sich gelegentlich durch 8 Tage hindurch forterstreckt. Die blutige Ausscheidung ist gefolgt von weissem Fluss, der gelegentlich ein Gefühl von Brennen und Jucken in den äusseren Geschlechtstheilen hervorruft und Brennen beim Uriniren veranlasst.

Ich finde bei der Untersuchung sehr ausgeprägten Vaginismus, Catarrh der Cowper'schen Drüsen, den Uterus klein in Anteflexion zweiten Grades, hinteres Scheidengewölbe beim Anspannen und Befühlen sehr empfindlich, für den Sitz des Hauptschmerzes erklärt.

Sonde dringt bis ein wenig unter $2^1/_2$" in die Uterinhöhle ein und ist ihre Einführung sehr schmerzhaft und von Bluten gefolgt. An der hintern Lippe besteht eine ziemlich ausgedehnte Erosion, das Sekret ist ein reichlich schleimiger Eiter. Behandlung besteht in dem innerlichen Gebrauch von Eisentinktur mit Ergotin.

Die sehr enge Uterinhöhle versuchte ich durch kleine Pressschwämme nach und nach sehr vorsichtig zu erweitern, musste indessen von dem Versuche abstehen, weil zu heftige, mit fieberhafter Erregung verknüpfte, Schmerzen im Unterleibe auftraten. Ueberhaupt war der Uterus und Umgebung so reizbar, dass ich mich auf den Gebrauch sehr schwacher Lösungen von Argt. nitric., Eisen etc. beschränken musste, weil jede energische Applikation auf die erkrankte Uterinfläche applicirt, sehr bald Fieber und Schmerzen hervorriefen, so dass die Behandlung sehr häufig unterbrochen werden musste.

Die besten Dienste zur Beruhigung der grossen Empfindlichkeit leistete die Anwendung eines kräftigen Strahles von sehr warmem Wasser. Da Patientin sich in eine zu lange Trennung von ihrem Manne nicht schicken konnte, so ward die Behandlung unterbrochen und sie reiste, ohne geheilt zu sein, in ihre Vaterstadt ab.

Fruchtbarkeitsverhältnisse bei latenter Gonorrhoe.

Aus einer tabellarischen Zusammenstellung von 81 Fällen, behufs Beleuchtung der Frage, welchen Einfluss die Heirath einer Frau mit einem Manne, der früher an Gonorrhoe gelitten, auf ihre Zeugungsfähigkeit ausübe, hat sich Folgendes ergeben.

Von diesen 81 Frauen wurden 31 schwanger; 23 entbanden zu Ende des 9. Monates, 3 hatten Frühgeburten, und 5 abortirten. Mithin hatte nicht ein Mal jede dritte Frau ein ausgetragenes Kind.

Unter den 23 Frauen, welche ihre Kinder austrugen, hatten

12 Frauen 1 Kind
7 „ 2 Kinder (darunter 1 Mal Zwillinge)
3 „ 3 „
1 Frau 4 „

Ausserdem abortirten von diesen noch 5.

Es hatten also diese 81 Frauen zusammen 39 Kinder. Wenn wir nun als Maassstab gesunder Verhältnisse die Anzahl der Kinder auf 4 im Verlaufe einer Ehe setzen, so war eine einzige normale Frau unter denselben.

Absolut steril waren 49. Nicht mehr concipirten 11 innerhalb drei bis achtzehn Jahren nach der ersten Schwangerschaft. Wir zählen somit 60 sterile Frauen unter 81.

Wenn also eine Frau einen Mann unter diesen Verhältnissen heirathet, so ist abgesehen von allem Andern, dem sie sich exponirt, die Wahrscheinlichkeit, dass sie für ihr ganzes Leben steril bleibt.

Diese Frauen, steril durch latente Gonorrhoe, bilden nun das Hauptcontingent derer, welche heutigen Tages die Vorzimmer der hervorragenden Grössen auf dem Gebiete der Frauenheilkunde

belagern, und dieselben gewöhnlich nach kürzerer oder längerer Zeit mit getäuschten Hoffnungen wieder verlassen. Denn von allen Formen der Sterilität, mit Ausnahme der aus angeborenen organischen Defekten hervorgegangenen, widersteht diese am hartnäckigsten der Behandlung. Lange bevor mir die hier geschilderten Zustände zum klaren Bewusstsein gekommen waren, ist es mir aufgefallen, dass von zwei Frauen, die mit demselben Leiden zur Behandlung kamen, sagen wir: Anteversion mit Catarrh und Erosion, welche in denselben äussern Verhältnissen lebten, und in deren Constitution weiter keine Störungen vorhanden waren, als die, welche sich von den erkrankten Unterleibsorganen herschreiben liessen, — die eine rasch geheilt wurde, während die andere mit denselben Mitteln, unter denselben Cautelen angewandt, immer nur eine vorübergehende Besserung erfuhr. Die erstere wird nach Heilung der Geschwüre schwanger, während die zweite, welche sich nach einiger Zeit scheinbar ebenso wohl befindet, steril bleibt. Wir schieben die Ursache dann der noch vorhandenen Dislokation zu, behandeln diese, oder empfehlen gewisse Lagerungen des Körpers während der Cohabitation. Alles umsonst, die Mittel, welche bei der einen geholfen, versagen ihre Wirkung bei den andern. Ich kenne solche Frauen in grosser Anzahl, welche hier in New York gründlich operirt wurden, in England mit Pessarien behandelt wurden, in Deutschland zwei Jahre lang abwechselnd cauterisirt und in die Bäder geschickt wurden und zuletzt wieder gesund und wohl fühlend, aber ohne Aussicht auf Schwangerschaft zurückkehrten.

Unter diesen Umständen wirft sich nun von selbst die Frage auf, wer ist die Ursache der Unfruchtbarkeit, der Mann oder die Frau? Wenn wir bedenken, dass der die Krankheit constituirende Katarrh, mag er noch so geringe Massen Sekretes produciren, bis zu den Tuben hinauf und weiter sich erstreckt, meist den Eierstock selbst ergreift, so liegen die Gefahren für das menschliche Ei bis zu seinem Eintritt in die Uterinhöhle auf der Hand. Denn wenn auch selten die Thätigkeit beider Eierstöcke, als eibildende Organe durch die Intensität der Entzündung total vernichtet wird, und nur ausnahmsweise beide Eierstöcke in gleich bedeutsamem Grade erkrankt sind, so sind doch die mechanischen Hindernisse, theils in Dislokation der Ovarien, theils in Verlegung der Tubenmündungen, theils in Ausbuchtungen der Eiröhren bestehend, unzweifelhaft häufig

die Ursache, dass das Ei gar nicht in die Uterinhöhle gelangt. Weiter aber ist gewiss bei einzelnen Frauen die chemische Beschaffenheit des catarrhalischen Sekretes absolut feindlich der Erhaltung der zarten Zelle, welche tagelang darin gebadet wird; und wenn nicht dem Ei, so doch sicher den so empfindlichen Spermatozoen.

Indessen ist es wahrscheinlich, dass nach den, wenn auch bis jetzt nur in kleiner Anzahl gemachten Beobachtungen, die Saamenthiere in sehr vielen Fällen entweder aus, ihnen innewohnender, Schwäche bald in der Scheide absterben, oder gar nicht lebend in dieselbe hinein gelangen.

Ich habe eine Anzahl von Frauen behandelt, bei welchen, trotzdem dass, nach eingeleiteter Behandlung, die Zeichen von bestehender chronischer Perimetritis, der Katarrh, das Geschwür am Cervix geschwunden waren, dennoch keine Schwangerschaft eintrat.

Unter solchen Umständen ersuchte ich den Ehemann, mir den Saamen behufs mikroskopischer Untersuchung zukommen zu lassen. Ich liess Morgens um 7 Uhr den Coitus mit einem Condon vollziehen und den letzteren nebst Inhalt in eine Flasche mit breitem Halse legen. Die Flasche wurde nun in der Nähe des Ofens gehalten, bis die Patientin gegen 8 Uhr das Glas unter der Weisung, es nicht abkühlen zu lassen, mir zur Untersuchung überbrachte.

Der erste Fall, den ich untersuchte, war der des Herrn D . . ., (im vorigen Kapitel schon erwähnt). Die Masse des Saamens betrug etwa 2 Theelöffel, er hatte absolut keine Consistenz, war dünnflüssig wie Wasser, und es fehlte der charakteristische Geruch nach Sperma. Die meisten Saamenthierchen lebten noch. Ein Theil derselben wurde in eine Lösung von Natr. phosph. gelegt und in der Nähe des Ofens aufbewahrt, der Rest in dem Glase gelassen und ebenfalls warm gestellt. Bei einer wiederholten Untersuchung um 1 Uhr Mittags war kein lebendes Spermatozoon mehr zu finden.

Der zweite Fall betrifft den Mann der Frau L..., deren Krankheitsgeschichte in demselben Abschnitte geschildert worden ist.

Am 13. Sept. 1871 verschaffte ich mir dessen Saamen in derselben Weise. Bei der Untersuchung, wobei eine ganze Anzahl von Präparaten durchmustert wurde, stellte sich heraus, dass weder ein lebendes, noch ein todtes Saamenthier zu finden war. Statt dessen aber fanden sich Körper vor, die sonst in dem Sekrete des

Mannes nicht vorhanden sind, und die eine gewisse Aehnlichkeit mit um das zehnfache vergrösserten, verzerrten, bizarr gestalteten Spermatozoiden hatten, und in deren Mitte eine Anzahl stark lichtbrechender Micrococcen beobachtet werden konnten.

Am 7. October 1871 untersuchte ich auf dieselbe Weise den Saamen des, unter den im Kapitel über akute Perimetritis beschriebenen Fällen, erwähnten Herrn B... Er war, wie gesagt, ein junger, kräftiger Brauersknecht und dennoch war es nicht möglich, ein einziges lebendes Spermatozoon aufzufinden, nur sehr sparsam waren einige derselben mit erloschener Beweglichkeit in dem Schleime vorhanden.

Ich lasse hier zwei weitere Fälle folgen, bei denen der Saamen mit Rücksicht auf die Beschaffenheit der Spermatozoen untersucht wurde.

45. Frau H....., geboren in Havanna, von englischer Abkunft, an einen deutschen Kaufmann verheirathet, kommt Mitte October 1870 zur Behandlung wegen Sterilität. Ist zwei Jahre verheirathet. Klagt über Ausfluss, der sich bald nach der Heirath einstellte, sowie Gefühl von Schwäche im Unterleib, Schmerz unter linker Brust, aus derselben gelegentlich Sekretion von milchartiger Flüssigkeit. In der letzten Zeit häufiger Drang zum Uriniren, Schmerzen seit einiger Zeit in den ersten Tagen des Eintritts der Menstruation.

Bei der Untersuchung stellt sich heraus, dass die Genitalien geröthet sind, Catarrh der rechten Cowper'schen Drüse, in der Nähe des linken Ausführungsganges winzig kleine condylomartige Excrescenzen. Ziemlich profuse Sekretion von glasigem Schleim, gemischt mit gelben Flocken.

Uterus wenig schmerzhaft, anteflektirt, Umgebung durch die Straffheit der Gewebe nicht durchzufühlen, sehr oberflächliche kleine Erosion am Muttermunde. Einführen der Sonde sehr schmerzhaft, namentlich durch den engen innern Muttermund.

Behandlung mit graduell grösser werdenden Sonden und adstringirenden Mitteln. Schmerzen bei Regel und Ausfluss verlieren sich nach ein Paar Monaten.

Als nun aber doch gegen April 1871 trotz des Verschwindens der krankhaften Erscheinungen, soweit sie der Untersuchung zugänglich sind, noch immer nicht die gewünschte Conception zu Stande kommen wollte, so ersuchte ich Herrn H. um eine Unterredung, und hörte von ihm, dass er etwa $1^1/_2$ Jahr vor seiner Heirath an einem hartnäckigen Tripper gelitten, der indessen endlich doch, ohne Spuren zu hinterlassen, geheilt worden sei. Ich verschaffte mir nun von dessen Sperma, untersuchte dasselbe Morgens früh bald nach dem Coitus; es erschien auffallend dünnflüssig, und enthielt nicht ein einziges Spermatozoon.

Ich entliess darauf Patientin aus der Behandlung, da ich unter diesen Verhältnissen jedweden Anhaltspunkt für fernere therapeutische Versuche verloren hatte.

46. Frau L....., Amerikanerin aus Detroit, Michigan, 3 Jahre an einen deutschen Kaufmann verheirathet, der mehrere Mal Gonorrhoe gehabt nnd endlich 4 Monate vor der Heirath sich für vollkommen geheilt hielt. Patientin fing bald nach der Heirath an zu klagen, namentlich über sehr heftige Dysmenorrhoe, die schon 8 Tage vor dem Bluterguss eintrat, und mit den ersten Tagen desselben sich so steigerte, dass sie das Bett suchen musste. Dazu gesellte sich ein Ausfluss, der sie excoriirte.

Sechs Monate nach der Heirath stellte sich auch beim Manne eine leichte Sekretion wieder ein, die indessen bald wieder verschwand. Frau L. ist nie schwanger gewesen.

Der Uterus ist rechtwinklig anteflektirt, und laterovertirt nach rechts hin. Hinter dem Uterus im Douglas'schen Raum, nach dem Kreuzbein hin verlaufend, findet sich ein schmerzhafter, derber Strang, die Narbe einer früheren Ausschwitzung. Der Versuch, den Uterus mit dem Finger aufzurichten, macht Schmerzen in der rechten Seite.

Ich untersuchte im Frühjahr 1871 den Saamen des Mannes und fand nur sehr wenige Samenthiere, fast alle todt, sehr spärlich ein lebendes.

Behandlung bestand zu Anfang in Einführen der Sonde und darauf Anlegen eines intra-uterinen Pessariums, worauf die Schmerzen während der Regel bald schwanden, während die vor derselben erst durch längern Gebrauch von Jodkali und warmen Einspritzungen influencirt wurden.

Ende Februar 1872 kehrte die Frau, nach einem Aufenthalt in ihrer Heimath, nach New-York zurück. Schmerzen waren fast gar nicht mehr vorzufinden, wohl aber noch Ausfluss, den sie als wahrscheinliches Hinderniss der Conception entfernt haben wollte. Der Zustand der Dinge war im Ganzen wenig verändert, soweit er durch eine Untersuchung erforscht werden konnte, doch schien es, als ob die harte Masse hinter dem Uterus weniger schmerzhaft und weniger deutlich zu touchiren war.

Das Sekret war ein mit gelblichen Flocken gemischter, zäher Schleim, die Schleimhaut des Cervix zwar nicht erodirt, doch übermässig geröthet. Die Applikation einer 80procentigen Carbolsäurelösung bis zu dem Fundus hin, verminderte sehr rasch die Erscheinungen des Catarrhs.

Ich untersuchte Ende März den Saamen des Mannes, und wollte es mir scheinen, als ob die Anzahl der lebenden Spermatozoiden sich etwas vermehrt habe, ich sah: statt 1 und 2, jetzt 3—5 im Gesichtsfelde des Mikroskops.

Ist noch in Behandlung.

Dass bei diesen Beobachtungen keine Täuschungen vorliegen, geht daraus hervor, dass ich wiederholt den Saamen von Männern, welche nie in ihrem Leben sich einer Ansteckung ausgesetzt hatten, ganz unter denselben Umständen erlangt und untersucht habe, wobei sich herausstellte, dass jedes Mal Spermatozoiden in grosser Masse und in reger lebhafter Bewegung vorgefunden wurden.

Es fragt sich nun, was tödtet oder vernichtet die Spermatozoiden beim Manne unter diesen Umständen. Zweierlei ist hier möglich. Entweder es existirt eine Striktur leichten Grades, hinter welcher, wie es häufig geschieht, sich ein Tropfen Eiter ansammelt, der noch als echtes Trippergift zu betrachten, dem Saamen während der Ejaculation beigemischt wird und hier rasch seine deletären Wirkungen entfaltet.

Oder aber der Tripper ergreift, wie bei der Frau, so auch beim Manne, jedes Mal den ganzen Schleimhauttraktus dort von der Vulva bis zu den Eierstöcken, hier von der Urethralöffnung durch die Saamenbläschen hindurch, bis in die Vasa deferentia und Nebenhoden. Die Gonorrhoe heilt dann in dem Abschnitte der Schleimhaut, welcher überhaupt der Behandlung zugänglich und ein derberes Epithel besitzt, also bis zur Blase hin. In allen Partien darüber hinaus bleibt wahrscheinlich die Gonorrhoe ebenso gut fürs ganze Leben in latentem Zustande fortbestehen, wie bei der Frau der Tubencatarrh.

Bei einer so allgemeinen Erscheinung, wie das Erkranken der Frauen der früher von Tripper befallenen Männer, muss ein bisher nicht hinreichend betontes Gesetz vorwalten, welches die Erscheinungen genügend erklärt.

Bei dem Weibe ergreift ein Tripper immer die ganze Ausdehnung der Schleimhaut und wird nie geheilt. Wesshalb sollten die Verhältnisse beim Manne andere sein? In den Fällen, wo Orchitis im Gefolge des Trippers auftritt, ist die Sache klar, und auch da, wo Jahre lang nach abgelaufenem Tripper, sei es durch mechanische Reizung der Theile, sei es ohne nachweisbare Veranlassung sich plötzlich eine Orchitis einstellt, dient die Erscheinung als Ring in der Kette der Erscheinungen.

Ein anderes Phänomen, welches zur Beleuchtung der Frage dient, ist das Wiederauftreten eines versiecht geglaubten Trippers

nach Jahren. Es lassen sich bei Weitem nicht alle Fälle in das Kapitel der mangelhaften Acclimatisation, wie die Erscheinung so treffend von Geigel bezeichnet worden ist, hineinzwängen.

Es bedarf indessen eingehender pathologisch-anatomischer Studien, um die Frage in Bezug auf den Mann ihrer Lösung entgegen zu bringen.

Behandlung.

Nach allem Vorhergegangenen wird es für Jeden klar geworden sein, dass latente Gonorrhoe bei dem heutigen Stande unserer Wissenschaft eine unheilbare Krankheit ist. Nicht so sehr, weil es unmöglich wäre, alte Exudate und Verdickungen des Beckenperitoneums zur Lösung zu bringen, sondern weil wir bis jetzt ausser Stande sind, sei es durch Anwendung topischer Mittel, sei es durch innere Arzneimittel auf den immer vorhandenen Tubencatarrh einzuwirken. Es kommt indessen eine Art spontaner Heilung vor. Wie schon oben erwähnt, geschieht es nicht ganz selten, dass Frauen, welche wiederholt an intensiven Entzündungserscheinungen und damit einhergehenden, bedeutenden Sekretionsvermehrungen der afficirten Schleimhautpartien gelitten, nach und nach, oder plötzlich aufhören, irgend eine der frühern Beschwerden zu zeigen. Ob, wie behauptet wird, zur Zeit des Aufhörens der Menstruation die früher vorhanden gewesenen Zeichen einer chronischen Peritonitis nach und nach schwinden, kann ich nicht bestätigen, noch verneinen. Ich habe wenig Gelegenheit gehabt, derartige Fälle bis in die klimakterischen Jahre hinein zu verfolgen, während ich das Fortbestehen der Erkrankung bei Frauen zwischen dem 45. und 50. Jahre einige Mal beobachtet habe, in einem solchen Grade, dass sie sehr heftig darunter litten, und einer eingreifenden Behandlung bedurften. Es scheint indessen wahrscheinlich, dass, bei der, alle Gewebe des Uterus betreffenden Atrophie, welche sich um diese Zeit einstellt, auch zuletzt die Schleimhaut des Uterin-, wie Tubencanals aufhören muss zu secerniren. Ich habe bei Sektionen solcher Frauen, welche an adhäsiver Perimetritis gelitten hatten, gelegentlich gesehen, dass die betreffenden Epithelialschichten eine der-

artige Veränderung erlitten, dass über die ganze Fläche hinweg nicht die geringste Spur von schleimiger Absonderung zu finden war, dass die Uterinschleimhaut vollkommen ausgetrocknet, atrophisch geworden war. In den meisten Fällen indessen, mögen nun akute Anfälle aufgetreten sein, oder der Process von Anfang an einen chronischen Verlauf genommen haben, dauert die Erkrankung durch viele Jahre hindurch fort, mit abwechselnden Perioden von verhältnissmässigem Wohlbefinden.

Es liegt die Frage nahe, ob das Eintreten einer Schwangerschaft günstig auf den Verlauf einer bestehenden chronischen Perimetritis einwirke, und ob im gegebenen Falle eine Behandlung, mit der Absicht etwa bestehende Hindernisse der Conception zu entfernen, in jedem Falle indicirt sei. Nach meinen Erfahrungen nun bekommt, wenn es gelingt, eine Gravidität zu Stande zu bringen, unter 3 Frauen eine entweder einen Abort oder eine Frühgeburt. Es haben nahezu 75 % derselben nach der Entbindung eine akute Endometritis und Perimetritis durchzumachen, von denen selbst durch die energischste Behandlung die eine oder andere nicht zu retten sein wird. Und es lässt sich mit Bestimmtheit behaupten, dass unter den Frauen, welche an chronischer Perimetritis in Folge von latenter Gonorrhoe leiden, diejenigen, welche Kinder geboren, im Ganzen schlimmer daran sind, als die Sterilen. Es gibt indessen Umstände, wobei die Betreffenden, sei es durch Eigenthümlichkeiten in der Reizbarkeit des Nervensystems, sei es in Folge von eigenthümlicher Lagerung der Adhäsionen, so unbeschreiblich viel leiden, dass irgend eine Veränderung in der Lage der Dinge, und sei damit eine Aussicht auf, selbst dem Leben gefahrbringende Perioden verbunden, erwünscht erscheinen muss. Unter solchen Umständen würden selbst erkannte Adhäsionen in der Umgebung des Uterus keine Contraindication bilden, weil bekanntlich sehr häufig die Schwangerschaft dieselben erweicht und sprengt.

Es bleibt also in einem gegebenen Falle, wo die latente Gonorrhoe als Krankheit erkannt ist, die Behandlung auf die Erscheinungen, wie sie als akute oder chronische Perimetritis, Ovaritis und Catarrh ins Dasein treten, beschränkt.

Die akute Peritonitis pelvica, ausserhalb des Wochenbettes endet selten letal, selbst wenn die Erscheinungen des ersten Anfalles noch so stürmischer Natur gewesen sind.

Es wird daher hauptsächlich von der Therapie verlangt, den

ersten Anfall, so schnell wie möglich zu coupiren, theils um die Ausbreitung der Entzündung und die Entwicklung umfangreicher derber Adhäsionen zu verhüten, theils um eine rasche Reconvalescenz zu ermöglichen.

Wir besitzen zu diesem Zwecke zwei Mittel, die, wenn energisch genug angewendet, selten ihre Wirkung versagen. Dahin gehört das anderweitig als Antipyreticum so wohlbekannte Chinin und die Applikation von Eissäcken auf den Unterleib in ausgedehntem Maasse. Die erste Dosis soll nie weniger als ein Scrupel sein, und alle 8 Stunden von weitern gr. 10 — 15 gefolgt sein. Es ist von Wichtigkeit, das Mittel nicht in Lösung oder in Pulverform zu geben, weil die rasche Absorption im Magen, des so verabreichten Mittels viel schneller unangenehme Erscheinungen von Chininintoxikation hervorruft. Am Besten eignen sich die Pillen von Garnier-Lamoureux zu diesem Zwecke. Mit denselben erreichen wir eine Herabsetzung des Pulses und der Temperatur ebenso sicher, wie mit der Lösung, und seltener Zeichen von Reizung des Gehirns.

Da wo der Gebrauch dieses Mittels nicht rasch genug wirkt, oder wo die bedeutende Schmerzhaftigkeit bei der ersten Invasion den Gebrauch narkotischer Mittel verlangt, leistet das Opium die besten Dienste, wenn es in einer Dose von 20 bis 80 Tropfen der Tinct. opii simpl. per rectum injicirt wird. Frauen, welche an Peritonitis erkrankt sind, vertragen bekanntlich ganz ungleich höhere Dosen der narcotischen Arzneimittel, als solche, die von fieberhaften Erkrankungen anderer Organe zu leiden haben. Es ist indessen gerathen, das Opium nur unter diesen Umständen in den allerersten Tagen zu geben, um wo möglich der, nach Ablauf der akutesten Erscheinungen, nothwendig werdenden Anwendung von eröffnenden Mitteln kein zu grosses Hinderniss in den Weg zu stellen. Es gibt indessen Patientinnen, welche nach den kleinsten Dosen irgend eines Opiates Vergiftungserscheinungen zeigen. Für diese haben wir ein Substitut, welches in gehöriger Form angewandt ganz dieselben Dienste leistet. Es ist das Codein.

Da dasselbe weder Kopfschmerzen, Schwindel, noch Uebelkeit hervorbringt und sehr wenig die Darmbewegungen influencirt, so habe ich in der letzten Zeit einen ausgedehnten Gebrauch von diesem Mittel gemacht, welches verbunden mit einer ganz kleinen Dose

Atropin selbst von den, in Bezug auf narkotische Arzneimittel, empfindlichsten Patientinnen, sehr gut vertragen wird.

R. Atropini gr. $^1/_{80}$
Codeini gr. 1
Butyri Cacao ∋1
M. F. Suppositor.
D. S. Täglich 1 bis 2 Stück zu gebrauchen.

In Bezug auf die Anwendung des Eises in Form von grossen (2—4) mit Eis gefüllten Blasen, ist es von Wichtigkeit den ganzen Unterleib durchaus damit zu bedecken, um eine intensive Abkühlung durch die Hautdecken bis in die Tiefe hinein zu erreichen, und durch ausgedehnte lokale Wärmeabsorption auf die Temperaturerhöhung des ganzen Körpers einzuwirken. Man soll indessen immer 2—3 Lagen Flanell zwischen Haut und Thier- oder Caoutchoucblasen schieben. In dieser Weise wird die Kälte besser vertragen, während der Contakt der, nie ganz trocknen, Blasen mit der Haut für viele Patientinnen unerträglich ist, und sogar Veranlassung zu Frostschauer wird.

Gegen das heftige Würgen und Erbrechen, welches häufig das akute Stadium begleitet, erzielt man von dem Gebrauch des Acid. hydrocyanicum dilutum in steigender Dose von 2—6 Tropfen 2—3-stündlich angewandt, den besten Erfolg.

Noch vor Ablauf der ersten Woche tritt nun das subakute Stadium ein, und mit ihm neue Indikationen zur Behandlung.

Es ist nicht gerathen den Gebrauch von Chinin aufzugeben, so lange der Puls mehr als 80 Schläge zählt. Eine Eigenthümlichkeit der Wirkung des Chinin besteht darin, dass die bedeutendste Herabsetzung des Pulses meist erst eintritt beim Aussetzen des Mittels, nachdem dasselbe eine Zeit hindurch genommen worden ist. Wenn daher im bezüglichen Falle, nach der letzten Dose die Zahl der Pulsschläge nicht stetig geringer wird, so ist es besser, den Gebrauch desselben in kleinerer oder seltenerer Gabe wieder aufzunehmen.

Sowie die Heftigkeit des Fiebers und die Empfindlichkeit des Unterleibs bei Druck nachgelassen, soll das Eis mit nasskalten Aufschlägen, welche mit Wachsleinwand bedeckt — anfangs stündlich, später seltener gewechselt — vertauscht werden. Ich habe den Gebrauch von warmen Kataplasmen schon seit Jahren aufgegeben, weil es mir geschienen hat, dass ebenso wie bei Entzündungen der Brust, die um den eigentlichen Erkrankungsherd rings herum

bestehende Congestion, durch dieselbe eher gefördert, als gehindert und jedenfalls der Krankheitsprocess eher verlängert, als verkürzt wird.

Der Gebrauch warmer Kataplasmen hat, wenigstens in Amerika, England und Frankreich eine viel zu ausgedehnte Anwendung und wir finden dieselben selbst in den neuesten Werken über Behandlung der Unterleibsentzündung der Frauen empfohlen. Einer der allerneuesten Schriftsteller sagt davon, „es ist nicht nur ein werthvolles Mittel, um die Entzündung im Schach zu halten, sondern ihre Anwendung ist auch indicirt durch den Umstand, dass die Kranken sich darunter recht behaglich fühlen.“ Letzteres ist wohl der Hauptgrund, was die Aerzte verleitet, immer und immer wieder warme Aufschläge zu verordnen. Würden wir das Prinzip aber im Allgemeinen in die Therapie einführen, das zu verordnen, was den Kranken am behaglichsten ist, so brächen wir damit unsern besten Angriffswaffen die Spitze ab.

Es gibt gewiss Contraindicationen gegen die Anwendung der Kälte, allein sie sind sehr beschränkt. Ich rechne dahin nur stark anämische Frauen mit sehr zarter Haut, sei nun die Blutleere hervorgerufen durch Hämorrhagien, oder die Folge anderer Einflüsse. Die Kälte unter solchen Umständen angewandt, ruft wiederholte Frostanfälle und ein auffallendes Zusammenfallen des Pulses hervor.

Bei der akuten Anämie liegt die Beurtheilung dieser Verhältnisse zu Tage, während unter Frauen, welche für anämisch gelten, es viele giebt, welche sehr günstig auf die Anwendung der Kälte reagiren. Es ist daher gerathen, unter diesen Umständen immer einen Versuch zu machen, und sich nicht durch einen einzigen kurzen Frostschauer von der weitern Anwendung abschrecken zu lassen.

Es wird nicht ein Mal der Eintritt der Eiterung durch Anwendung der Kälte verzögert, wenn derselbe überhaupt Statt haben soll, wie ich wiederholt beobachtet habe, und da perimetrische Abscesse sich nicht nach aussen zu öffnen pflegen, so kommt selbst die, den warmen Kataplasmen nachgerühmte, Erweichung der Hautdecken, nicht in Berücksichtigung.

Es kommt nun eine Zeit, wo es dringend geboten ist, den ganzen Darmkanal gehörig zu entleeren, und zwar cito, tute, et jucunde. Durch dieses Verfahren wird für die nächste Zukunft eine bedeutende Verminderung und Abkürzung der Schmerzen bewirkt. Es sind bei ausgiebigen Exudaten immer Theile des Darm-

rohrs mit festgelöthet, und im Falle, dass eine gründliche Entleerung versäumt worden ist, sind die, durch den in Thätigkeit erhaltenen Darmmuskel enstehenden Bewegungen und Zerrungen an den verklebten Partien, und der unbefriedigte Stuhldrang so ausserordentlich schmerzhaft, dass das Versäumte schwer bestraft wird.

Das beste Mittel zu diesem Zwecke wären zwei Dosen Ricinusöl in kurzen Intervallen hinter einander gegeben. Der Magen ist aber unter solchen Umständen derartig reizbar, dass vom Gebrauche dieses Mittels in der bei Weitem grössten Mehrzahl Abstand genommen werden muss. In Bezug auf Sicherheit und Ausgiebigkeit der Wirkung, steht ihm das Calomel zur Seite, und gewöhnlich reichen zwei Dosen von je gr. 10 hin, um das gewünschte Resultat zu erzielen.

Nach der ersten Stuhlentleerung zuweilen sogar spontan, tritt eine Diarrhöe ein, mit frequenten, ganz wässerigen Entleerungen. Dieselbe ist dann zuweilen insofern kritischer Natur, als mit ihr ein rasches Sinken der Pulsfrequenz und der Temperatur sich einstellt. Meist aber ist der Prozess mit einer oder zwei Entleerungen beendet, und es treten dann von Neuem Schmerzen auf, verschiedener Art, wie sie in dem Abschnitt über akute Perimetritis beschrieben worden. Hier ist denn der Gebrauch des Opium per rectum, nach Bedürfniss 1—2 Mal täglich angewandt am rechten Platze.

Der Magen soll vom Contakt mit Arzneien womöglich frei gehalten werden, um die deprimirten Verdauungskräfte zur Verarbeitung der Nahrungsmittel verwerthen zu können. Es ist von Wichtigkeit, lange Zeit hindurch, so lange überhaupt noch sehr schmerzhafte Stellen im Becken vorhanden sind, keine soliden Speisen irgend welcher Art zu gestatten. Das Hauptnahrungsmittel soll eiskalte Milch mit, oder ohne Eigelb sein, abwechselnd mit Beeftea und Fruchtsuppen.

Erst sehr spät (3 — 6 Wochen nach erstem Anfall) ist es gestattet, mit gehacktem oder geschabtem Fleisch den Uebergang zur soliden Nahrung anzubahnen.

In Bezug auf den Gebrauch von Spirituosen unter diesen Umständen, lässt sich sagen, dass sie unter zwei Umständen indicirt sind. Erstens bei grosser Prostration der Kräfte nach Ablauf der ersten heftigen Fieberparoxysmen, wo sie als echte Stimulantien wirken und ferner bei eintretender Eiterung oder bei protrahirtem

Fieber aus andern Ursachen, um als Antisepticum und Antifebrile ihre so sehr geschätzte Wirkung auszuüben. Für den ersten Fall wählen wir Weine. Und unter diesen steht der Tokayer obenan. Im zweiten Falle Alkohol in einer Form, in der er am wenigsten erregend auf das Nervensystem einwirkt, also Kornbranntwein, der namentlich mit kalter Milch und Ei zusammen, sehr gern getrunken und gut vertragen wird.

Im subakuten Stadium, nachdem weder die Heftigkeit des Fiebers, noch die Schmerzhaftigkeit der betroffenen Theile, noch das allgemeine Befinden unsere spezielle Aufmerksamkeit verlangen, und wo es nur darauf ankommt, die beginnende Aufsaugung der Exudatmassen zu unterstützen, gibt es kein Mittel, welches so evident den Process der Resorption befördert, als der stetige Gebrauch von salinischen Abführmitteln, natr. und magn. sulf., Marienbader oder Kissinger Mineralwasser. Die letztern können in kleinen Gaben wiederholt, und bei gehöriger Regelung der Diät, verordnet werden, noch ehe die Kranke ihr Bett verlassen hat. Und in den bei Weitem meisten Fällen gelingt es, die Aufsaugung von Exudaten selbst von der Grösse eines kleinen Kinderkopfes so vollkommen zu Stande kommen zu sehen, dass nach 6—8 Wochen vom ersten Anfalle kaum eine erkennbare Spur durch die genaueste Uutersuchung zu erkennen ist. Es lässt sich weder aus der relativen Härte oder Weichheit, noch in allen Fällen aus der Grösse, oder Kleinheit der abgesetzten Massen, ein Schluss über die kürzere oder längere Dauer i. e. bis zum vollständigen Verschwinden der Exudate machen. Dieses hängt von Umständen ab, deren Beurtheilung bis jetzt ausser dem Bereiche unserer Einsicht liegt.

Die Eiterung tritt, wie gesagt, selten nach Perimetritis ein, während, wie bekannt, das umgekehrte, namentlich im Wochenbette, für Parametritis geltend ist. Es bildet sich dann der Eiter meist erst sehr spät und unter wenig stürmischen Erscheinungen, und erscheint an zwei Orten. In den Fällen, wo die Exudation, wie es hier sehr häufig geschieht, stossweise, oder vielmehr schichtweise vor sich geht, setzt sich nach und nach ein voluminöses Exudat ab, rechts oder links, der hintern Fläche des ligam. lat., angeklebt. Die Eiterung scheint hier vom Centrum auszugehen, liegt tief im Innern der Masse verborgen, und es ist selten durch die Untersuchung per vaginam die Gegenwart von Flüssigkeit zu constatiren. Es ist unter diesen Umständen immer, zur Sicherstellung der Diagnose, der

Gebrauch des Explorativtrokars nöthig, wenn nicht, was selten geschieht, die anderweitigen Symptome so deutlich auf eine Absorption von zersetztem Eiterserum hindeuten, dass die physikalische Exploration überhaupt nicht nothwendig ist.

Wiederum kommt es vor, dass das ganze Exudat von vornherein flüssiger und massenhafter ist, sich sofort im Douglas'schen Raume ansammelt, eingekapselt wird und gleichsam eine eiterhaltige Cyste bildet. Im Gegensatz zu den, im Capitel über akute Perimetritis geschilderten Fällen, von rasch tödtender Entzündung, verlaufen diese häufig unter so geringen Fieberbewegungen, und unter so geringen Störungen des Allgemeinbefindens überhaupt, dass es oft schwer ist, die Zeit des akuten Anfalles zu eruiren, und ich habe gesehen, dass desshalb die Gegenwart grosser Abscesse nicht erkannt wurde. Die Fluktuation ist hier leichter zu entdecken, da der Douglas'sche Raum, meist nach unten vorgewölbt, dem untersuchenden Finger leicht zugänglich ist.

Unter solchen Umständen nun ist allgemein das Eröffnen mit dem Messer von den Chirurgen angerathen. Ich habe diesen Rath anfangs befolgt, aber bald eingesehen, dass er manche Nachtheile und Gefahren in sich birgt.

In Bezug auf die seitlich gelagerten Abscesse, deren ich einige mit einem spitzen Bistouri geöffnet habe, stellte es sich heraus, dass die Wunde selbst durch Einlegen von Charpie nicht verhindert werden konnte, wieder zuzuheilen und zur Neubildung von Eiter Veranlassung zu geben. Der Versuch durch Pressschwämme dieselbe klaffend zu erhalten, der natürlich lange Zeit hindurch wiederholt werden musste, ward zuletzt so störend für die, durch das lange Leiden deprimirte Patientin, dass auch davon abgestanden werden musste. Ebenso ist das Einlegen und Festhalten von Canülen in so beschränktem Raume, wie die Eiterheerde unter diesen Umständen meistens sind, mit ebenso grossen Umständlichkeiten und Unannehmlichkeiten verbunden. Ausserdem aber ist die Eröffnung mit dem Schnitt, der unter allen Umständen ausgiebig sein muss, da ein kleiner Einstich sofort wieder zuheilt, lebensgefährlich. Wir finden häufig, dass in der Umgebung von Exudaten, welche lange Zeit hindurch bestanden haben, sich die kleinen Seitenzweige der Arteria utero-vaginalis zu ganz ansehnlichen Stämmen entwickeln, die zuweilen deutlich pulsirend gefühlt werden können, nicht selten aber in der Tiefe des Gewebes verborgen, der genauesten Er-

forschung entgehen. Die Blutung ist bei grossem Schnitte immer sehr heftig; aber unter den letzterwähnten Umständen habe ich die Hämorrhagie so profus gesehen, dass die Operirte unter Ohnmachten und Gähnen sehr nahe daran war, unter meinen Händen zu bleiben.

Ich habe daher, theils wegen der damit verbundenen Gefahr, theils wegen der Schwierigkeit so erzielte Wunden permanent offen zu erhalten, die Eröffnung mit dem Schnitt vollkommen aufgegeben. Statt dessen bediene ich mich eines, vermittelst Galvanismus, geglühten Porzellanstiftes, der nicht nur eine hinlänglich grosse, sondern auch nur sehr langsam sich schliessende Oeffnung, ohne alle Gefahr hervorzubringen im Stande ist.

Bei der Eröffnung der Abscesse vom Douglas'schen Raume aus, liegen eigentlich dieselben Einwürfe gegen den Gebrauch des Messers vor, wie bei den seitlichen Abscessen. Da aber die Herbeischaffung und das Instandsetzen der Batterie zeitraubend ist, so gebrauche ich in diesem Falle, wo die Zwischenwand viel dünner ist, ein anderes Verfahren. Das mit einer Rinne versehene Stilet des Kiwisch'schen Trokars, wird hinter dem Cervix eingestossen, und der Rinne entlang, sofort die eine Branche eines Doppelhakens *), dessen Spitzen, statt, wie gewöhnlich nach Innen, in diesem Falle unter spitzem Winkel nach Aussen laufen, in die Höhle geführt. Nach Entfernung des Stilets wird die zweite Branche entlang der ersten geführt, und nun, nachdem die beiden Haken in der Mitte durch ein Schloss verbunden, die Handhaben, und mit ihnen die, im Sacke befindlichen, Enden auseinandergedrängt. Auf diese Weise wird eine gerissene Wunde erzielt, welche dem Eiter fortwährenden Abfluss gestattet, und die Gefahr der Blutung auf ein Minimum reduzirt.

Die Behandlung der chronischen Peritonitis pelvica, als Folge von latenter Gonorrhoe, ist, insofern sie eine Radikalheilung des Grundleidens anstrebt, bis jetzt ohne Erfolg versucht worden. Rationell wäre nur ein Verfahren: Die Verlegung der Abdominalenden der Tuben nach Aussen, durch die Oeffnung des Leistenringes, entweder permanent oder temporär zur Behandlung der erkrankten Schleimhaut. Dass dessen Ausführung sich nicht vertheidigen lässt, versteht sich von selbst.

*) Derselbe ist abgebildet in dem American Journal of Obstetrics. May 1869. Artikel: Ovariocentesis Vaginalis.

Wir haben uns mithin zu beschränken auf die Entfernung der angreifbaren abnormen Erscheinungen in jedem einzelnen Falle.

Unsere Aufmerksamkeit erheischt vor allem der Catarrh nebst dessen Folgen, Erosionen und Excoriationen der Vulva, der Vagina und des Cervix.

Der Catarrh der Cowper'schen Drüsen wird desshalb selten ein Objekt der Behandlung, weil das Anätzen der Epitheldecken nicht häufig ausgebreitet oder tief genug ist, um lästige Empfindungen zu veranlassen. Wo aber immer Prurigo oder heftiges Brennen an den äussern Genitalien, als Folge desselben auftreten, müssen die kleinen Geschwürchen energisch in Angriff genommen werden. Vor Allem ist es nöthig, Tag und Nacht die Lippen durch einen Charpiebausch auseinanderzuhalten und denselben mit einer leicht adstringirenden Flüssigkeit zu tränken. Unter den vielen Mitteln, welche gelegentlich eine Heilung der wunden Stelle erzielten, schien mir das Betupfen mit einem zugespitzten Stift von Cupr. sulf. am raschesten eine Vernarbung hervorzurufen.

Die Vaginalschleimhaut selbst ist selten afficirt, und es reicht gewöhnlich der wiederholte Gebrauch von Wassereinspritzungen hin, um oberflächliche Erosionen zum Heilen zu bringen. Vorhandene Strikturen müssen zuweilen ergiebig eingeschnitten werden, als Vorbereitung für die folgende Dilatation.

Von grosser Wichtigkeit ist die Behandlung des meist sehr bedeutenden Uterincatarrhes. Es kommen hier drei Formen zur Beobachtung. Das Sekret ist entweder gering in Quantität, durchsichtig, sehr dünnnflüssig; oder mässig in Quantität, dick, undurchsichtig, hellgelb, und äusserst zähe; und drittens gibt es alle möglichen Varietäten des normal aussehenden, echt schleimigen, durchsichtigen Uterinschleimes gemischt mit gelben Flocken, sich gelegentlich dem Aussehen von reinem Eiter nähernd.

Die erste Art findet sich meist in Verbindung mit kleiner Gebärmutter, deren Gewebe indurirt erscheint, und ist wohl mit beginnender Schleimhautatrophie verbunden. Es ist hier selten die Masse der Absonderung, welche zur Behandlung auffordert, als vielmehr die begleitenden recht, schmerzhaften Excoriationen, an der Vulva sowohl, wie um den Muttermund herum.

Ich will hier ein für allemal erwähnen, dass jede örtliche Behandlung, welche sich nicht zum Vorwurfe macht, die ganze Schleimhaut sowohl des Cervix, wie der Höhle in Contrakt mit dem

Arzneimittel zu bringen, absolut Nichts leistet. Es muss Jedem nach Durchlesung der Schrift klar geworden sein, dass die Körperhöhle des Uterus, in welche das reizende Tubensekret naturgemäss sich entleert, immer afficirt sein muss, wenn der Catarrh Folge latenter Gonorrhoe ist. Es hat sich mir nun unter so bewandten Umständen oft die Frage vorgestellt, wozu denn überhaupt den Ausfluss aus dem Uterus behandeln, wenn man die Oeffnung, aus welcher immer Neues von oben zufliesst, nicht schliessen kann? Kann unter solchen Umständen eine derartige Behandlung überhaupt gerechtfertigt sein? Die Frage war natürlich nur auf experimentellem Wege zu beantworten. Es hat sich herausgestellt, dass die örtliche Behandlung der Geschwüre und des Catarrh's, da, wo sie überhaupt ihr Ziel, die Verringerung und Veränderung in der Beschaffenheit des Sekrets erreichte, evident Gutes leistete. Und wenn auch nicht der Quell der Sekretion permanent trocken gelegt wurde, so konnte doch eine langandauernde, bedeutende Verringerung der Sekretion in vielen Fällen erzielt werden, und mit derselben, ein Nachlass mancher Beschwerden. Es ist mir der Eindruck geworden, dass eine Herabstimmung des in der Schleimhaut des Uterinkörpers etablirten Reizes, auch sekundär günstig auf die Schleimhautthätigkeit der Tuben einwirkte, einfach durch Nachlass der collateralen Blutstauung. Mit dem Aufhören des Ausflusses schwindet die Schmerzhaftigkeit und Erweichung des Uterus während derselbe Vorgang durch genaue Untersuchung auch in seinen Anhängen öfters nachgewiesen werden kann. Man soll sich desshalb aber nur nicht zu sanguinische Vorstellungen über das machen, was die örtliche Behandlung hier zu leisten im Stande sei, denn in kaum der Hälfte der Fälle ist es möglich eine Modificirung der Sekrete derartig zu erzielen, dass die übrigen Krankheitserscheinungen dadurch influenzirt werden.

Wie anders gestalten sich dagegen die Resultate der Behandlung bei Catarrh und selbst tiefeingreifenden Ulcerationen bei solchen Frauen, deren Männer nie an Gonorrhoe gelitten. Hier gehorchen Ausfluss und Ulceration, so sicher und rasch der Anwendung der, in unserer Wissenschaft etablirten, Principien der Behandlung, dass das Ganze den Eindruck eines einfachen Rechenexempels macht. Die Frauen solcher dagegen, welche vor der Ehe inficirt gewesen, behandeln wir Jahr aus Jahr ein, und wenn auch hier und da eine Periode von verhältnissmässigem Wohlbefinden eintritt, ganz werden wir nie mit ihnen fertig.

Da nun aber, wie gesagt, die Behandlung des Ausflusses gelegentlich günstig einwirkt, und man selten vorauswissen kann, bei welcher Patientin die Resultate den Erwartungen entsprechen werden, so ist es, so lange die Indicien noch nicht schärfer gezogen werden können, gerechtfertigt, jede zu behandeln, obschon das Verfahren vorläufig nur ein Nothbehelf ist, der so lange gut ist, bis etwas Besseres seine Stelle erzetzt.

Es ist also, wie erwähnt, absolut nothwendig, die Arzneimittel immer bis an den Fundus uteri zu bringen. Da nun aber in den meisten Fällen von latenter Gonorhoe, Anteversion und Lateroversion besteht, so ist der Gebrauch eines runden Mutterspiegels, wie er noch so vielfach angewandt wird, in diesen Fällen ganz zu verwerfen.

Ich will hier darauf aufmerksam machen, dass die Art und Weise des Untersuchens, sei es mit dem Finger, sei es vermittelst Instrumente, gar oft die Uebertragung eines inficirenden Sekretes von einer Frau zur andern bewerkstelligen muss.

So lange wir nicht wissen, welches die pathologisch-anatomischen Veränderungen sind, welche beim Manne nach abgelaufenem Tripper bestehen, so lange wir nicht wissen, wo überhaupt die Ansteckungsfähigkeit des Trippers erlischt, sind wir berechtigt anzunehmen, dass ein Minimum Sekret von einer mit latenter Gonorrhoe behafteten Frau, auf eine gesunde übertragen, die letztere anzustecken im Stande ist.

Die Art und Weise, wie heutzutage Finger und Instrumente, sei es durch Oel, Fett, Glycerin oder Seifenwasser behufs der Exploration geschmeidig gemacht, und gereinigt werden, bietet absolut keine Garantie gegen Ansteckung.

Das Richtige würde sein, wenn jede Patientin ihr eigenes Speculum hätte, was sich leicht ausführen lässt, wo runde Glas- oder Milchglasapparate ausreichen. Die Seitenspiegel sind bis jetzt noch zu kostspielig, um den Vorschlag allgemein durchzuführen. Es ist daher dringend nothwendig eine Salbe, welche irgend eins der desinficirenden Mittel in hinreichend starker Lösung enthält, sowohl für die Finger, wie für die Einölung des Speculum und der Sonde immer vorräthig zu haben. Ich gebrauche seit langer Zeit ein Gemisch aus Seife, Glycerin und absolutem Alkohol, welchem 6 bis 10 pCt. krystallisirter Carbolsäure zugemischt sind. Diese Zusammensetzung hat noch ausserdem den Vortheil, die Wäsche nicht

zu beschmutzen, und dient zugleich, als Seife zur Reinigung des Instrumentes und der Finger.

Der einzig ganz sichere Weg der Applikation von flüssigen Arzneimitteln für die in Rede stehende Erkrankung, ist die in Amerika zuerst empfohlene und jetzt dort allgemein gebräuchliche Manipulation. Ein feiner 10" langer Stab von weichem Eisen, dessen unteres Ende zur bequemen Handhabung, zu etwa 1/6" anschwillt, endet oben in einen ganz feinen crochet à diable, oder ist einfach vermittelst Feile rauh gemacht. Zwei solcher Stäbe werden nach Einführung des Seitenspeculums, an ihrem obern Ende mit Watte umwickelt. Einer derselben wird, nachdem ihm die nothwendige Krümmung an seinem obern Ende gegeben, in den Uterus eingeführt, und bleibt eine Zeit lang dort liegen, theils um der Einführung des zweiten, mit Arznei getränkten, den Weg zu bahnen, theils um so viel wie möglich von dem, im Cervix vorhandenen, Schleime beim Zurückziehen zu entfernen. Dann folgt der zweite, ebenso gekrümmte, und bleibt je nach der Stärke des Mittels längere oder kürzere Zeit im Uterus liegen. Nur da, wo man bezweckt, das Mittel längere Zeit mit der Uterinschleimhaut in Contakt zu lassen, kann man Gebrauch von dem Instrumente von Dr. G. Thomas machen, um die Watte in die Höhle hineinzuschieben, und dort liegen zu lassen.

Es sind in der letzten Zeit eine ganze Anzahl Spritzen in New York construirt worden (je eine von Drs. Nott, Sims, Byrne, Dawson, Butler, Lente), um die etwas zeitraubende Applikation, wie sie oben beschrieben worden ist, zu umgehen, und zugleich einen allgemeinern Contakt der zu injicirenden Flüssigkeiten mit der Uterinschleimhaut zu ermöglichen.

Die Gefahren einer Einspritzung in den Uterus sind immer vorhanden, wie allgemein bekannt, bei bestehender latenter Gonorrhoe indessen, ist die Wahrscheinlichkeit eines akuten Anfalles von Perimetritis nach einer Injektion in den Uterus bei Weitem grösser, als dies unter andern Umständen der Fall ist. Und zwar ist dieselbe die direkte Folge des bedeutenden Orgasmus, in welchen das Organ durch den innigen Contakt mit der fremden Flüssigkeit versetzt wird, wodurch, theils eine bedeutende akute Hyperämie des ganzen Gewebes, theils eine energische Peristaltik beider Tuben zu Stande kommt, in Folge deren sich nicht selten Metritis und Perimetritis, mit tödtlichem Ausgange entwickelt. Es

ist eine bis jetzt nicht genügend erklärte Thatsache, dass dieselbe Masse reizender Flüssigkeit, wenn sie vermittelst Watte in der oben angegebenen Weise in den Uterus applicirt wird, auch nicht annähernd die heftige Reaction hervorruft, als wenn dieselbe Lösung in derselben Tropfenzahl in die Höhle vermittelst der Spritze injicirt wird. Die einzige Erklärung, welche einige Wahrscheinlichkeit für sich hat, ist die, dass bei dem letzteren Verfahren die, in zarteste Partikelchen vertheilte und mit einer gewissen Velocität die Schleimhaut berührende, Flüssigkeit theilweise vermittelst Eindringens in die Utriculardrüsen, tiefer in das Gewebe des Uterus dringt und hier in innigeren Contakt mit den Nervenenden gelangt, deren direkte Erregung ausgiebig zu Muskelcontraktion Veranlassung gibt. Die eigentliche entzündliche Reaction setzt indessen immer erst später ein, lange nachdem der erste Sturm der so schmerzhaften Uterincontraktion vorüber ist.

Es ist daher nicht die Masse des injicirten Materials, noch das Faktum der den freien Rückflusse hindernden Contraktion des innern Muttermundes, welche einzig und allein die Gefahren in sich schliessen. Dazu kommt noch, dass gewisse Substanzen, wenn sie in den Uterus eingespritzt werden, bedeutend heftigere Reaktionen hervorzurufen im Stande sind, als andere, und die für Einspritzungen, welches Instrument man auch immer zu dem Zwecke benutzen möge, nie mehr angewendet werden dürfen. Dahin zählen: Lösungen von Höllenstein, Lösungen von Eisensalzen, namentlich die sauren, und Chlorzinklösungen. Die meisten Instrumente zum Einspritzen, welche in den letzten Jahren construirt worden sind, gingen von der Ansicht aus, dass eine gehörige Dilatation des innern Muttermundes, oder auf andere Weise vollkommen gesicherter Abfluss der injicirten Flüssigkeiten, hinreiche; die Einspritzung gefahrlos zu machen. Diese Instrumente leisten überall da Vortreffliches, wo es sich darum handelt, durch massenhafte Injektionen einen leicht zugänglichen, wenig reizbaren Uterus von dem ihm anhaftenden Schleim zu reinigen und zugleich, durch anhaltenden Contakt mit warmem Wasser die Schleimhautfaser zu tonisiren. Ob sie bei den schwer zugänglichen, reizbaren Organen, bei denen wir so häufig durch die Hartnäckigkeit der Affektion zu einer Modifikation der Arzneianwendung uns getrieben fühlen, nicht dieselben Gefahren in sich bergen, wie der Gebrauch irgend einer der frühern Intra-Uterinspritzen überhaupt, müssen weitere Experi-

mente zeigen. Ganz zu verwerfen sind die Spritzen mit zarten Spitzen und geringem Inhalt, welche der irrigen Ansicht Rechnung tragen wollen, dass es auf die Masse des zu Injicirenden ankomme. Sie verstopfen nebenbei den innern Muttermund ebenso gründlich, wie grössere Mundstücke. Am rationellsten construirt ist das Instrument von Dr. Lente, welches Spritze und Watteträger in der Weise verbindet, dass die Watte die mit seitlichen Oeffnungen versehene Spritze dicht umgibt, und immerfort von derselben getränkt werden kann. Sie verhindert das gelegentliche Vorkommen von Ausdrücken der Watte durch das os interum und ermöglicht ein Durchtränken der Watte nach jedesmaligem Bedürfniss.

Wo immer indessen die Uterinhöhle nicht leicht zugänglich ist, ist es gerathen, vermittelst Dilatation die Passage vorher wegsam zu machen. Am schonendsten wirken zu diesem Ende die graduell ansteigenden Sonden von Drs. Kammerer und Peaslee, welche oft in einer Sitzung eine erstaunliche Erweiterung des Uterinkanals ohne Schmerzen hervorzubringen im Stande sind. Sie ersetzen für diesen Zweck den Pressschwamm vollkommen, der überhaupt da, wo Gonorrhoe im Spiele ist, so viel wie möglich vermieden werden soll.

Bei Katarrhen der ersten Varietät, wie ich sie oben angedeutet, und bei Sekretionsanomalien der 3. Art leichten Grades, reicht meist eine 2—3 monatliche Behandlung mit adstringirenden Mitteln, tinct. jodi, liqu. ferri sesquichl. mit Glycerin hin, um den Ausfluss auf sein Minimum zu beschränken.

Am hartnäckigsten ist die zweite Form. Während die erste mehr eine seröse Transsudation mit sehr wenig Formelementen repräsentirt, während die dritte Form namentlich aus massenhaften Abstossungen oberflächlichen Epithels, und aus sogenanntem schleimbildendem Epithel, gelegentlich mit Eiter gemischt, sich constituirt, ist bei der zweiten Form der Sitz vorzüglich in den Cervikal- und wahrscheinlich auch Utrikular-Drüsen.

Diese Art widersteht oft hartnäckig der allerenergischsten und rationellsten Behandlung, und die Sekretion kommt meist dann erst zum Stillstand, wenn solche Mittel applicirt worden sind, welche einen grossen Theil der oberflächlichen Schleimhaut zerstört haben.

Nach vorhergegangener Dilatation, zu dem Zwecke, die tiefsten, zwischen den Falten der Schleimhaut verborgenen Drüsenöffnungen mit dem Arzneimittel in Contakt zu bringen, müssen solche Mittel

gebraucht werden, welche ältere und jüngere Epithelialschichten in gründlichster Weise zerstören, ohne das Gewebe selbst dauernd zu afficiren. Unter diesen stehen der Gebrauch von reinem liqu. ferri Sesquichlorati und das, in sehr langen Pausen wiederholte, rasche Betupfen mit dem Elektrocauterium bis in die Uterinhöhle hineingeführt, obenan. Ich habe gelegentlich ein spitz zulaufendes, an seiner breiten Basis etwa $^1/_5$" dickes Canterium bis 2" über das os externum eingeführt und so lange innerhalb der Höhle glühend erhalten, bis mein Finger an den äussern Umfang des Cervix gelegt, die Hitze durch das ganze Gewebe in empfindlicher Weise durchfühlen konnte, ohne dass dauernde Nachtheile gefolgt seien. Es scheint, dass die Restitution der Gewebe, nach einmal abgestossenem Brandschorf, viel vollkommener und normaler vor sich geht, bei Anwendung der elektrischen Glühhitze, als nach Cauterisiren in der früher üblichen Weise.

Die dritte Art des Ausflusses ist meist sehr profus, und es scheint, wie gesagt, dass die obersten Epithelschichten nicht nur die meisten Formelemente, sondern auch die grösste Masse des flüssigen Schleimes liefern. Verbunden mit demselben finden wir sehr häufig ausgedehnte, und gelegentlich tief gehende Excoriationen, für welche die Anwendung von recht kräftigen Arzneimitteln namentlich des liqu. hydr. nitrici oder der reinen Salpetersäure, in 2 bis 3 maliger Wiederholung erfordert wird.

Während für die Katarrhe geringen Grades dieser Art die allgemein bekannten und gebräuchlichen Adstringentien, als da sind: Tanno-Glycerin, Lugol'sche Solution, Zinkstifte, Liqu. ferri persulfat., Alaunpräparate etc. etc. ausreichen, verlangen die profusen, ein energischeres Eingreifen um den Lebensprozess in der Epithelialschicht zu modificiren.

Von dem Gesichtspunkte ausgehend, dass der Reiz, welcher zu der massenhaften Zellenbildung anregt, in der Gegenwart der Keimelemente eines Pilzes wurzelt, sollten wir erwarten, dass die sogenannten gährungswidrigen Mittel am geeignetsten seien, die Schleimhaut des Uterus, soweit es möglich, günstig zu influenciren. Zu diesen rechnen wir, unter den schon erwähnten, vor Allem die Eisenpräparate und die Hitze. Sie finden aber, wie gesagt, ihre Hauptanwendung bei den Katarrhen der zweiten Art, mit mässiger Sekretion und sehr zähem Sekrete. Wo aber die Sekretion aus dem Uterus sehr profus ist, ist auch gewöhnlich ein ähnlicher Zu-

stand in den Tuben vorhanden, und wir müssen unter diesen Umständen solche Mittel vermeiden, welche, wie Hitze und liqu. ferri eine bedeutende Reaktion hervorzurufen im Stande sind, um zu verhüten, dass nicht eine periton. chron. geringen Grades zu einer akuten werde.

Unter diesen Umständen leistet denn der Gebrauch der krystallisirten Carbolsäure, entweder zu gleichen Theilen mit absolutem Alkohol gemischt, oder in einer wässrigen Lösung, welche 80 % des Salzes enthält, mehr, als eines der übrigen bisher gebrauchten Arzneimittel. Ihre Anwendung, selbst in dieser starken Lösung, ruft weder bedeutende Schmerzen, noch heftige Uterincontraktionen hervor, in der Weise, wie wir es von manchen andern, in viel schwächerer Lösung angewandten, Mitteln zu sehen gewohnt sind. So ist überhaupt die Reaktion, welche der Anwendung der Carbolsäure folgt, verhältnissmässig gering, und sie muss daher öfter applicirt werden, als die meisten andern sogenannten Aetzmittel in concentrirter Form.

In solchen Fällen, wo die Sekretion äusserst profus ist, ist es absolut nothwendig, vorher den ganzen Uterus von dem, ihm anhaftenden, Schleime zu entleeren. Es wird zu dem Zwecke die Gebärmutter mittelst der oben erwähnten Sonden dilatirt, eine der Spritzen von Nott, Byrne, Dawson oder das von mir gebrauchte Instrument*) in den Uterus eingeführt, und derselbe mit warmem Wasser, welchem etwas Kalilösung und Glycerin beigesetzt ist, gehörig ausgespritzt.

Es gibt indessen Patientinnen, deren Gebärmutter so eigenthümlich constituirt ist, dass sie den Contakt von Wasser und namentlich von concentrirten wässrigen Lösungen der Arzneimittel absolut nicht vertragen und sofort nach solcher Applikation die heftigsten Kolikschmerzen bekommen. Bei denselben gelingt es dann, caustische Mittel in trockner Form, nach der Länge und

*) Dasselbe repräsentirt ein, auf einer kleinen runden Platte befestigtes, ausgehöhltes Intra-Uterinpessarium, von dessen Seitenwand eine, an einer Handhabe befestigte Feder, abgeht, welche mit ihrem untern Ende in, auf der Platte befindlichen Kerben festgestellt werden kann. Der untern Oeffnung des Röhrchens, welches durch die Platte hindurchgeht, ist ein Spritzenaufsatz angepasst, der mit einem sogenannten Nasendoucheapparat in Verbindung steht. Die Feder drängt das Uteringewebe von der im Uterinkanale sich befindenden Röhre ab, und gibt Raum zum Abfluss des Wassers.

Krümmung des Uterus ausgegossen, zu appliciren, ohne heftige Reaktion hervorzurufen.

Neben dem Katarrhe kommt als zweites greifbares Heilobjekt zur Berücksichtigung, die Entfernung der, durch die Entzündung gesetzten Exudate und Veränderungen in den Anhängen des Uterus. Erstere präsentiren sich bei der chronischen Art der Peritonitis unter zwei Hauptformen, entweder als grosse knollige Massen, oder als gröbere Stränge, derbelastisch oder bis zu feinsten Fäden abgelagert. Die erstere Art ist die günstigere, von einem therapeutischen Gesichtspunkte aus betrachtet. Die Form, Grösse und Consistenz dieser Ablagerungen, lässt, wie bekannt, alle möglichen Gradationen zu. Am häufigsten sind unregelmässig geformte, hühnereigrosse, harte Massen seitlich neben dem Uterus abgelagert. Sie schwinden meist von selbst beim Abhalten von schädlichen Einflüssen. Blande Diät, Körperruhe, und künstlich angeregte Thätigkeit des Darmes sind meist hinreichend, diese'ben rasch zur Aufsaugung zu bringen.

Grössere Massen, bis zur Grösse eines Kinderkopfes und darüber, sind entweder gleichmässig abgerundet, ohne bedeutende Hervorragungen und fühlen sich wie eine derbe Fleischmasse an, oder aber sie sind, deutlich in kugelige Segmente getheilt, und machen den Eindruck von kleinen multiculären Ovarialcysten.

Die letztere Form, wenn sie auch noch so umfangreiche Dimensionen erreicht, verschwindet dennoch im Laufe der Zeit so vollkommen, dass es in den meisten Fällen schwierig ist, die Spuren der frühern Geschwulst nachzuweisen.

Bei Weitem langsamer und unvollkommener geht die retrogressive Metamorphose bei der ersten Art von Statten, und hier bleiben oft grössere Geschwulstmassen eine lange Reihe von Jahren bestehen, ohne sich in solcher Weise zu verändern, dass es unserer Beobachtung erkennbar wäre.

Es ist ferner ein Erfahrungssatz, dass die Geschwülste perimetrischer Natur, welche unter den Erscheinungen einer sehr heftigen lokalen, wie allgemeinen Erregung ihre Erscheinung machen, viel rascher wieder zur Aufsaugung gelangen, als solche, die in ihrer Entwicklung einen chronischen Verlauf genommen.

Die Behandlung beider Formen befolgt ganz dieselben Prinzipien, wie sie bei ähnlichen Zuständen in andern Abtheilungen des Körpers zur Anwendung kommen. Ruhe, leichtverdauliche,

nahrhafte Diät, und Jodpräparate, in Form von Jodkali oder Jodnatrium innerlich gereicht, und örtlich als jodirte Watte applicirt, sind geeignet, die physiologischen Vorgänge der Resorption zu unterstützen. Es geschieht indessen nicht selten, dass die Verkleinerung der Geschwulstmasse bis zu einem gewissen Grade fortschreitet, und dann stille steht.

Unter diesen Umständen ist es nöthig, dieselbe in verschiedenen Richtungen mittelst des Exploralivtrokars von der Scheide aus zu untersuchen, und im Falle die Gegenwart von Eiter oder seröser Flüssigkeit vorgefunden werden sollte, im ersten Falle so zu verfahren, wie bei Behandlung der akuten Perimetritis und ihrer Folgen auseinandergesetzt worden ist. Eine einfach wässrige Masse kann vermittelst des, zum Untersuchen gebrauchten, Trocars entfernt werden, und wenn die Entleerung nicht ausreichend von Statten gehen sollte, mit Hülfe des Saugapparates von Dieu-Lafoi completirt werden.

Da, wo keine Flüssigkeit vorhanden ist, stehen uns drei andere Verfahren zu Gebote, nehmlich 1. der Gebrauch der warmen Douche in Verbindung mit der innerlichen Anwendung solcher Arzneien, welche die Aufsaugung befördern; 2. die Anwendung des constanten Stromes und 3. die künstliche Hervorrufung von Eiterung in der Geschwulst.

Was die Anwendung der warmen Einspritzungen überhaupt betrifft, sei es nun als Mittel zur Reinigung oder zu dem oben angeführten Zwecke, so hat für die allermeisten Patientinnen der Gebrauch der Einspritzungen absolut keinen Nutzen und ruft dagegen gelegentlich Unterleibsentzündungen heftigen Grades hervor. Die Ursache liegt einfach darin, dass von den meisten Aerzten versäumt wird die allerdetaillirtesten Instruktionen, in Bezug auf Form und Anwendung des Instrumentes zu geben. Ich sehe immer und immer wieder, dass Frauen, welche ich unmittelbar nach einer Einspritzung untersuche, den Zweck derselben, die Entfernung des im obern Scheidengewölbe angesammelten Schleimes, gar nicht erreichen, einfach desshalb, weil beim Einführen die Spritze, entweder vorn zwischen Cervix und Symphyse, irgend einem Punkt der untern Blasenwand entsprechend, anstösst, oder aber umgekehrt an das Kreuzbein, je nach der Lage der Patientin und der Krümmung der Spitze. Das Gebiet aber, welches gründlich bespült werden soll, um die zähe Sekretion zu entfernen, und wo sie sich

am meisten anhäuft, nehmlich der untere Abschnitt des Cervix und vor allem das hintere Scheidengewölbe, wird am allerwenigsten von dem Strahle berührt. Die Construktion des obern Endes der Spritze, nach welcher eine Anzahl Seitenlöcher, zur breitern Ausdehnung des Strahles, angebracht sind, hilft dem Uebelstande nicht ab.

Um aber das Ende der Spritze an den höchsten Punkt zu führen, wo sie am Besten geeignet ist, ihr Werk gehörig zu verrichten, und zugleich die Gefahren, welche hie und da mit einer einfachen Injektion in die Scheide verbunden sind, zu umgehen, muss eine Patientin, die nicht gelernt hat, ihren Cervix selbst zu touchiren, in folgender Weise die Spritze einführen. Die passende Krümmung des hinreichend (wenigstens 8") langen Ansatzrohres sollte je nach der Beckenkrümmung ein für alle Mal für jede neue Patientin von dem Arzte bestimmt werden, und die Einführung derselben in folgender Weise geschehen. Sie führt das Rohr zuerst mit der Concavität nach oben in die Scheide, bis es irgendwo anstösst, kehrt dann die hohle Wölbung nach unten, es weiter fortschiebend, bis die vordere Fläche des Kreuzbeins berührt wird, und dreht dasselbe nun wieder mit der hohlen Fläche nach vorn, dasselbe vorsichtig hinaufschiebend, bis es an seiner Bestimmung, hinter dem Cervix, angelangt ist. Es soll nur eine Oeffnung an dem obern Knopfe sein, und zwar hoch oben an der hintern (convexen) Seite, in der Nähe der Spitze, und das Endstück nicht einfach von Aussen nach Innen, sondern schräg durchbohrend. Es wird durch die damit erzielte seitliche Richtung des Strahles, die Möglichkeit eines Eindringens von Flüssigkeit in die Uterinhöhle verhindert, eine gründliche Bespülung der ganzen Scheide bewirkt, und endlich die Erschütterung verhütet, welche der direkt aufsteigende Strahl so häufig in unangenehmer Weise in den Fällen, wo chronische Perimetritis vorhanden ist, veranlasst.

Am Besten wäre es, wir könnten die Injektionen ganz entbehren, denn sie haben, wie gesagt, oft schwere und selbst gefährliche Leiden zur Folge, gerade so, wie die Nasendouche, welche, wie mir Ohrenärzte versichern, manchem Patienten sein Gehör für immer genommen. Wie die Sachen aber stehen, können wir ohne dieselbe nicht auskommen, und man wird daher verstehen, wesshalb die Besprechung dieses kleinen Nebenapparates in so minutiöser Weise geschehen ist.

Die einfach reinigenden Einspritzungen sollen jedenfalls zwei Mal täglich, und wo die Masse der Sekretion sehr bedeutend ist, drei bis vier Mal täglich vorgenommen werden, und jede Injektion 1—3 Minuten dauern. Für die Fälle, wo die Douche gebraucht wird, um die Aufsaugung von Exudaten zu befördern, in der Weise, wie Kiwisch dieselbe zur Behandlung der chronischen Metritis so warm empfohlen, also in Fällen, wo wir beabsichtigen erregend zu wirken, und eine vermehrte Gefässthätigkeit zu erwecken, soll der Strahl die Geschwulst, wenn dieselbe sich überhaupt in bedeutender Ausdehnung in der Scheide präsentirt, womöglich direkt treffen, und eine bedeutende Stärke und Umfang haben.

Die Verhaltungsregeln in Bezug auf das Einführen der Spritze sind dieselben, wie oben angegeben, da umfangreiche Geschwülste fast ausnahmslos am leichtesten vom hintern Scheidengewölbe aus zugänglich sind. Es soll zu diesem Zwecke immer eine Douche ascendante, oder eine Douche gebraucht werden, die so construirt ist, dass sie einen permanenten Strahl erzeugt. Die Sitzung soll allmählig von 5 Minuten bis zu einer halben Stunde gesteigert werden.

Als Beihülfe neben dem Gebrauch der Douche, oder auch als einziges Mittel, sobald wir eingesehen, dass die Verkleinerung einer Entzündungsgeschwulst nicht den gewünschten Fortgang nimmt, ist der Gebrauch des constanten Stromes in der Weise anzurathen, dass der positive Strom vermittelst gut vergoldeter Nadeln von der Scheide aus in die Geschwulst eingeführt wird, während der negative an irgend einer Körperstelle in der Nähe applicirt wird. Dass das Verfahren ein ungefährliches ist, habe ich wiederholt gesehen, selbst dann, wenn die Nadeln durch die vordere Bauchwand zur Einleitung eines sehr kräftigen Stroms in die Geschwulst eingeführt wurden.

Bis jetzt sind meine Erfahrungen noch zu wenig zahlreich, um ein definitives Resultat über den Nutzen dieser Behandlungsweise vorlegen zu können.

Als dritte Methode ist zu empfehlen die künstliche Erzeugung einer eiternden Fläche in der Geschwulstmasse. Es kann dieses auf zweierlei Weise bewirkt werden. In dem Falle, wo es sich durch die doppelte Untersuchung sowohl, wie mit Hülfe des Explorativtrokars herausgestellt hat, dass die Masse verhältnissmässig succulent und mürbe ist, gelingt es, wie ich erfahren habe, leicht,

den oben beschriebenen Doppelhaken durch die Scheide in die Geschwulst hineinzustossen, und dieselbe vermittelst Druck auf die Handhaben und Auseinanderweichen der Spitzen, zu sprengen. Ich habe zwei Mal Geschwülste von der Grösse eines kleinen Apfels auf diese Weise zur Vereiterung und Resorption gebracht.

Das zweite Verfahren würde darin bestehen, ein Electrocauterium in die Masse einzuführen und eine ausgiebige Oeffnung hineinzubrennen.

Beide sind natürlich nur da anzuwenden, wo erstens dringende Indikationen zur Entfernung der Geschwulst vorliegen, und zweitens eine Adhäsion derselben mit dem serösen Ueberzuge der Douglas'schen Tasche diagnosticirt oder künstlich erzielt worden ist. Zu diesen Indikationen müssen wir rechnen, beginnende Lähmungserscheinungen in den untern oder obern Extremitäten, heftige Neuralgien und Zeichen von hereinbrechender Geisteskrankheit, Zustände, welche gelegentlich als direkte Folge der Gegenwart von Geschwülsten im kleinen Becken beobachtet werden.

Was die Behandlung der übrigen, im Gefolge von latenter Gonorrhoe auftretenden, Veränderungen in den Anhängen des Uterus betrifft, so sind es namentlich zwei Zustände, welche gelegentlich unsere Aufmerksamkeit als Therapeuten beanspruchen.

Es ist dies die chronische Entzündung der Eierstöcke und die im Gefolge von chronischer Perimetritis auftretende Verkürzung einzelner oder aller Ligamente.

In den Fällen, wo der Prozess in einem oder beiden Ovarien schon zur Schrumpfung geführt, kann natürlich von einer mehr als palliativen Behandlung vermittelst narkotischer Mittel nicht die Rede sein. Wo wir indessen Vergrösserung, Abrundung, Erweichung des Eierstocks vorfinden, führt der Gebrauch eines Goldsatzes ganz unzweifelhaft rasch zur Verkleinerung des Organes und zum Schwinden der, durch den Reiz im Ovarium hervorgerufenen, Erscheinungen. Ich habe wenigstens 25 Fälle von Ovarialgeschwülsten, welche zwischen der Grösse einer Wallnuss bis zu der eines Hühnereies schwankten, mit Goldpräparaten behandelt und jedes Mal innerhalb 3 — 8 Wochen eine nachweisbare Verkleinerung des erkrankten Organes beobachtet. Der Gebrauch des Mittels ist am sichersten von günstigem Einflusse, in den Fällen, wo das Ovarialleiden als solches sehr charakteristisch hervortritt, wo der

perimetritische Reiz sich auf das Organ beschränkt zu haben scheint, während die gleichzeitige Gegenwart von ausgebreiteter, wenn auch nicht intensiver Peritonitis pelvica, bewirkt durch häufigen Contakt der Serosa des Beckens mit scharfem Tubensekret, oder in Erregung gehalten durch ungünstig gelagerte, vielen Zerrungen ausgesetzte, Adhäsionen, die Wirkung des Mittels zu lähmen im Stande ist. Eine Gabe von $^1/_{20}$ bis $^1/_{15}$ Gran zwei Mal täglich in Pillenform gereicht, ist hinreichend in allen Fällen, wo nicht die angedeuteten Verhältnisse hindernd eingreifen, eine Ovaritis chronica zu heilen.

Verkürzte Ligamente werden insofern Heilobjekte, als sie den Uterus dermassen aus seiner Lage zerren, dass in Folge davon durch Druck des Fundus auf die Blase, oder des Cervix auf den Mastdarm, diese Organe in der Ausübung ihrer Funktionen gestört werden, oder aber, wenn die krampfhafte Contraktion der Bänder zu heftigen Schmerzen in denselben und der Umgebung Veranlassung gibt. Unter beiden Gesichtspunkten ist das forcirte Strecken derselben, anfangs in kürzern, später in längern Pausen wiederholt, anzuempfehlen, und ist in vielen Fällen hinreichend, die, daher entspringenden, sehr quälenden Schmerzen ohne weitere Hülfsmittel zu bannen.

Da wo das Strecken allein nicht zum Ziele führt, finden passend gewählte, womöglich nur intravaginale Pessarien ihre Anwendung. Ich umgehe den Gebrauch von Pessarien, so lange es überhaupt möglich ist ohne dieselben fertig zu werden, habe indessen gerade bei der Gegenwart von chronischer Perimetritis häufig zu erfahren Gelegenheit gehabt, dass, nachdem die rationellste Behandlung Monate lang hindurch energisch angewendet, Nichts zum Comfort der Patientin beigetragen, endlich die Anwendung eines ganz gewöhnlichen Mutterringes alle Beschwerden wie mit einem Schlage aufhob, ohne dass eine Dislokation von irgend welchem Belange vorhanden gewesen sei, einfach dadurch, dass Uterus und Anhänge vermittelst ihrer Stütze von unten befähigt wurden, beim Athmen, Sprechen, Gehen etc. etc. weniger ausgiebige Excursionen zu machen.

Als Beihülfe zu diesen mechanischen Manipulationen, oder da, wo dieselben Nichts zu leisten im Stande sind, ist der Gebrauch des warmen Wassers, entweder vermittelst der Douche mit seit-

licher Oeffnung oder als Sitzbad mit Colpoluter angezeigt. Die Berührung mit warmen Wasser muss auch hier bis zu 15 bis 20 Minuten verlängert werden.

Ein Mittel, welches dann, wenn noch der Gebrauch von narkotischen Mitteln nothwendig wird, alle andern an Wirksamkeit unter diesen Umständen übertrifft, ist das Jodoform in einer Dosis von 2—4 Gran, mehrere Male täglich verabreicht. Dasselbe scheint neben seiner echt narkotischen, noch eine eigenthümlich erschlaffende Wirkung auf die Muskeln der verschiedenen Eingeweide auszuüben. Wenigstens beruhigt dasselbe am Besten krampfhafte Action der Sphinktern, und wirkt gelegentlich so lähmend auf den Sph. ani, dass der Stuhl unwillkürlich abgeht.

Es erübrigt noch der Behandlung einzelner Symptome zu erwähnen, welche im Gefolge von latenter Gonorrhoe unsere Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen. Wie schon erwähnt, kommen Blutungen, und zwar von sehr hartnäckigem Charakter, als direkte Folge dieser Erkrankung nicht selten zur Beobachtung. Dieselben sind fast ausschliesslich menorrhagischer Natur, indem sie selten ausserhalb der Periode sich einstellen. Man kann mit Recht drei verschiedene Arten derselben unterscheiden. Und zwar zuerst die Blutung der Invasion, als erstes Zeichen der Erkrankung überhaupt. In etwa einem Drittheil der Fälle, und namentlich da, wo die latente Gonorrhoe als akute Perimetritis sich äussert, ist sehr häufig eine protrahirte und sehr copiöse Menstruation das Erste, wodurch die Patientin auf die Gegenwart eines Uterinleidens aufmerksam gemacht wird. Mit dem Aufhören derselben stellen sich dann meist zuerst Ausfluss und gleichzeitig, oder später, Schmerzen ein. Diese Blutung erreicht nie einen solchen Grad, dass eine energische Behandlung erforderlich würde, sie ist einfach der Ausdruck eines in den Anhängen des Uterus sich entwickelnden Reizes, welcher die physiologische Congestion und die gleichzeitig damit einhergehende Erektion der betreffenden Theile in abnormer Weise steigert. — Die Rückenlage und der Gebrauch von säuerlichen Getränken reichen hin, um die Blutung aus dieser Quelle in Maass zu halten.

Eine zweite Art der Hämorrhagie, welche meist erst auftritt, nachdem das Leiden schon längere Zeit etablirt ist, hat seinen Grund in einer Schleimhautaffektion des Uterus, welche mit Hyper-

trophie einzelner Theile derselben einhergeht. Es bilden sich dabei umschriebene Zellgewebswucherungen im Innern der Uterinhöhle, welche, meist von dem Umfang einer Linse, bisweilen die doppelte Grösse erreichen. Es ist nicht immer möglich, diese kleinen Protruberanzen mittelst der Sonde zu touchiren und als solche zu erkennen, und desshalb nöthig, in zweifelhaften Fällen Pressschwämme behufs Sicherung der Diagnose einzuführen, ehe man sich in Bezug auf Behandlung entscheidet.

Ist nun die Gegenwart von sogenannten Granulationen entschieden, so stehen zwei Wege zu ihrer Entfernung offen, entweder der Gebrauch von starken Arzneimitteln oder die Anwendung der Curette. Unter den Arzneimitteln, welche zu diesem Zwecke angewandt worden sind, steht eine concentrirte Lösung von Chromsäure mit Recht an der Spitze. Ihre Anwendung geschieht ganz in derselben Weise, wie die der Arzneimittel in den Uterus überhaupt, nach der Art, wie sie oben beschrieben worden ist. Es ist jedoch rathsam, in den Fällen, wo die Uterinhöhle nicht sehr erweitert ist, ihrer Anwendung die Dilatation mittelst eines Pressschwamms vorherzuschicken, theils um das Mittel in hinreichender Masse appliciren zu können, theils um der, durch den starken Reiz hervorgerufenen, profusen, mit Chromsäure gemischten, Sekretion einen hinreichend freien Abfluss zu verschaffen. Die Lösung der Chromsäure muss wenigstens die Stärke von 1:4 haben. Die Wirkung einer ausgiebigen Applikation ist erst nach 3—4 Wochen vollkommen gehoben, und es ist nicht rathsam, die Säure in dieser Weise häufiger, als ein Mal in der Zwischenzeit zwischen je zwei Perioden anzuwenden. Es geschieht indessen bei der allergrössten Vorsicht, dass heftige, entzündliche Reaktionen in Form von Metritis und Perimetritis sich nach dieser Applikation einstellen, besonders in solchen Fällen, wo schon Zeichen der chronischen Peritonitis in prägnantem Grade vorher bestanden haben. Und zwar treten die Symptome der Entzündung meist erst zwischen dem fünften und achten Tage nach der Cauterisation ein.

Es ist daher für Jeden, der überhaupt mit dem Gebrauch der Curette umzugehen weiss, diese letztere Methode desshalb statt der Anwendung der Cauterien anzurathen, weil dieselbe bedeutend weniger Reaktion hervorruft, als die erstere. Das beste Instrument zu diesem Zwecke ist das ursprünglich von Récamier construirte, und besteht aus einem Stabe von biegsamem Kupfer,

dessen beide Enden in schmale Löffel mit stumpfen Rändern ausgeschlagen sind. Da wo die Granulationen auf der Fläche der vordern oder hintern Wand sitzen, hat das Instrument von Dr. Peaslee den Vorzug, welches nach Art eines kleinen Hobels derartig construirt ist, dass bei dessen Gebrauch eine tiefergehende Verletzung des Uteringewebes selbst von ungeschickter Hand kaum möglich ist, während dasselbe nicht im Stande ist, Granulationen, welche entlang der Höhe des Fundus, oder im Winkel, wo vordere und hintere Wand zusammentreffen, — ein nicht seltener Fundort — gelagert sind, zu entfernen.

Die Anwendung des Instrumentes geschieht in der Seitenlage der Patientin und unter dem Gebrauch eines Duck-Bill Speculum. Es ist in den meisten Fällen weder nöthig den Uterus anzuhaken, noch die Uterinhöhle zu dilatiren. Wenn der Löffel den innern Muttermund ein Mal durchdrungen hat, so erweitert sich derselbe meist während der Operation durch die Wehenthätigkeit, welche die Gegenwart des fremden Körpers hervorgerufen. Sollte es indessen nothwendig werden, einen oder gar mehrere Pressschwämme dem Instrumente vorauszuschicken, so muss vor Anwendung des letztern die Uterinhöhle auf das allersorgfältigste gereinigt und desinficirt werden, weil sonst die kleine, durch die Operation entstandene Wunde hinreichend ist, für die Aufnahme von zersetztem Schleime und zur Etablirung einer Lymphangitis. Der Gebrauch des Instrumentes ist unter geübter Hand von besserem Erfolge und von geringerer Reaktion gefolgt, als die Anwendung irgend eines Causticum zum Zwecke Schleimhautwucherungen zu zerstören.

Die dritte Art der Blutung im Gefolge von latenter Gonorrhoe, und zwar die hartnäckigste Form, ist diejenige, welche, nachdem das Leiden schon Jahre lang bestanden, ohne alle Veränderungen der Uterinschleimhaut oder ihres Gewebes überhaupt, zur Entwicklung kommt. Ich habe eine ganze Anzahl Fälle der Art beobachtet, wobei die genaueste Exploration des Uterus, nach vollkommener Dilatation desselben, der Art, dass ich die ganze Höhle ausgiebig exploriren konnte, nicht die geringsten Spuren einer Erkrankung entdecken liess. In allen Fällen waren indessen kleine Exudate oder auch nur zarte Stränge entlang des hintern Umfangs des Uterus im kleinen Becken, bei genauem Exploriren zu erkennen, wenigstens zu gewissen Perioden, und dann namentlich, wenn die Blutungen sehr profus waren. Es gibt, wie schon oben erwähnt,

Frauen, welche an latenter Gonorrhoe leiden, die bei jeder Periode, oder auch nur gelegentlich bei derselben, einen frischen Schub einer minimalen Peritonitis durchmachen, wobei es dann nicht zum Absetzen grosser Massen, sondern nur zu Exudatablagerungen kommt, die noch auf der Grenze des Diagnosticirbaren oder gar diesseits derselben, verbleiben. Es ist wahrscheinlich, dass dieser wiederholte Entzündungsreiz nach und nach das tieferliegende Zellgewebe afficirt, endlich zur Bildung von Narbengewebe sowie zur Dilatation und zu Stauungen in den Venen führt, welche den Rückfluss des Blutes vom Uterus zu vermitteln haben. Das zuverlässigste Mittel unter solchen Umständen ist der Gebrauch von Bitterwasser vor und während der Periode, in der Weise, dass täglich etwa drei dünnflüssige Stuhlgänge erzeugt werden.

Im Falle die Blutung so profus ist, dass ein lokales Eingreifen nothwendig wird, ist es gerathen, vom Ende des vierten Tages ab, eiskalte Einspritzungen 3 Mal täglich durch 15 — 30 Minuten hindurch anzuwenden. Wenn die Einwirkung der Kälte nicht eine andauernde ist, so wird die Hämorrhagie eher vermehrt, als vermindert. Man kann dem Wasser noch adstringirende Mittel, wie Alaun oder Galläpfeltinktur, beifügen. Im Falle auch dieses keine Hülfe rasch leisten sollte, ist es nöthig, ein Säckchen mit Tannin und Alaun gefüllt, an den Muttermund zu führen und vermittelst eines gut angelegten Tampon's in seiner Lage zu erhalten.

Was endlich die Behandlung der, als Symptom der latenten Gonorrhoe, so häufigen Sterilität betrifft, erscheint es, selbst nach den wenigen Untersuchungen, welche ich angestellt habe, unzweifelhaft, dass die bisherige Methode, die Frauen, als Heilobjekte einzig und allein anzusehen, verlassen werden muss, da sie nicht nur nach den Schlüssen, zu welchen die hier vorgelegten Thatsachen uns zwingen, sondern auch nach den bisherigen Erfahrungen aus der Praxis, zu keinem befriedigenden Resultate führt. Die Beobachtungen, welche ich in dem vorhergehenden Kapitel mitgetheilt, sind allerdings gering an Zahl, aber nicht etwa aus einer grossen Anzahl von Untersuchungen herausgewählte Fälle, sondern die ersten und einzigen, welche ich mit dem Saamen der Männer, die an latenter Gonorrhoe leiden, angestellt habe. Sie sind desshalb noch nicht zahlreich, weil es schwierig ist, die Verhältnisse in solcher Weise günstig combinirt zu finden, dass beide, Mann und Frau, sich

zu dem besagten Experimente hergeben. Es bedarf natürlich wiederholter Untersuchungen, um die Frage zu entscheiden, ob dieser krankhafte Zustand der Spermatozoen in so allgemeiner Weise bei Männern, welche früher an Gonorrhoe gelitten, verbreitet ist, wie es den Anschein hat.

Unter allen Umständen ist es heutigen Tages geboten, nicht mehr die Behandlung einer sterilen Frau, welche an latenter Gonorrhoe leidet, in die Hand zu nehmen, bis der männliche Saamen einer genauen Untersuchung unterworfen worden ist. Dann erst werden wir Aufklärung erhalten über die vielen sonderbaren Zufälle, welche beim Zustandekommen der Conception so oft unsere Verwunderung erregen. Wir werden dann einsehen lernen, wesshalb eine Wittwe mit dem ersten Manne keine Kinder zeugte, und mit dem zweiten in kurzen Zwischenräumen concipirte, wesshalb Frauen mit den ausgedehntesten Geschwüren und profusem Ausfluss, mit Dislokationen höchsten Grades schwanger werden, während andere nicht concipiren, ohne dass der Zustand der innern Geschlechtsorgane eine genügende Aufklärung darüber zu geben vermag.

Das Faktum, dass der Mann keine Orchitis gehabt, ist nicht hinreichend, sich über den Zustand der Saamenthiere zu beruhigen, denn ich habe auch unbrauchbares Sperma bei solchen gefunden, die nie an Hodenentzündung gelitten.

Die Methode der Erlangung des Saamens behufs Untersuchung ist oben angegeben. Es kommen also vier verschiedene Zustände zur Beobachtung, so weit mir bis jetzt bekannt ist. Erstens, man findet gar keine Saamenthiere, von welchem Faktum man sich indessen wiederholt überzeugen soll, und es ist unter solchen Umständen von Bedeutung, den Saamen einer Ejakulation zu untersuchen, welcher ein anderer Coitus nicht kurz vorher gegangen ist, also das Experiment wenigstens 24 Stunden nach dem letzten Beischlafe zu vollführen.

Oder aber man findet Saamenthierchen, und sie sind entweder zweitens, alle todt, oder drittens, nur einzelne derselben werden lebend angetroffen. In diesem Falle ist es gerathen, die Art der Untersuchung zu modificiren, i. e. ohne Condon den Coitus vollführen zu lassen, und sofort nach demselben den Saamen aus der Scheide unter das Mikroskop zu bringen.

Viertens sind viele Spermatozoen vorhanden, welche in der Mehrzahl lebhafte Bewegungen ausführen.

Im ersten und zweiten Falle kann von einer Behandlung der Patientin, mit Rücksicht auf ihre Sterilität natürlich nicht mehr die Rede sein. Und es tritt hier für den Arzt ein Conflikt der Pflichten ein, der nicht in jedem Falle leicht zu lösen ist.

Da, wo nur einzelne Saamenthierchen lebend sind, muss die Untersuchung desshalb modificirt und wiederholt vorgenommen werden, weil man, wie ich erfahren habe, zu verschiedenen Zeiten die Zahl der lebenden Spermatozoiden bei ein und demselben Manne verschieden häufig vorfindet. Im gegebenen Falle ist also, wo möglich, zu eruiren, zu welcher Zeit des Jahres, des Tages, bei welcher Lebensart und Beschäftigung und unter dem Gebrauch welcher Arzneimittel die Zahl und Lebhaftigkeit der sich bewegenden Spermatozoen die grösste ist.

Zugleich muss dann natürlich bei der Frau Alles das entfernt werden, was störend auf die Aufnahme des Saamens in den Uterus und dessen normale Ausübung der Funktion innerhalb desselben, einwirken kann.

Vor Allem soll also der Catarrh in Angriff genommen werden, wie oben eines Weitern besprochen worden ist. Es soll die Sekretion in der Weise modificirt werden, dass sie in der Masse beschränkt, schleimig und nicht, wie es zuweilen nach zu energischer Anwendung von Causticis geschieht, vollkommen trocken gelegt wird, kurz, wir haben zu versuchen, dieselbe wo möglich auf solche Dimensionen zu reduciren, damit sie ihrem Ideale, dem Kristeller'schen Schleimstrang, der Jacobsleiter der Saamenthiere sich so viel wie möglich nähert.

Und wenn dieses erreicht ist, so sollte bei geringer Anzahl von Spermatozoiden, wenn Conception nicht bald eintritt, der Saamen immer sofort mit der Spritze in den Uterus injicirt werden, um sicher zu sein, dass doch einzelne den Ort ihrer Bestimmung erreichen, da wir bei mangelhafter Lebensfähigkeit derselben nie wissen können, ob der Weg von der Vagina bis zum Fundus nicht zu protrahirt ist, um den Eintritt der lebenden Spermatozoen in die Uterinhöhle zu sichern.

Diese Operation hat, wie bekannt, in einer Anzahl von Fällen recht günstige Resultate geliefert, und ist heutzutage vollkommen

in der medizinischen Praxis als ein Theil unseres therapeutischen Apparates etablirt.

Unter diesen Umständen, wo es darauf ankommt, so viel Saamen wie möglich in den Uterus einzuführen, ist es nöthig, denselben vorher mit Sonden vorsichtig zu dilatiren, uud eine Spritze mit einer Spitze, welche wenigstens den Umfang eines Catheters von Nr. 6 hat, erwärmt, mit dem Saamen in solcher Weise zu füllen und einzuführen, dass während des Injicirens der Lufteintritt in den Uterus möglichst verhütet wird.

Bei erkannter Lebensschwäche der befruchtenden Elemente ist es wohl verlorene Mühe, weitere Versuche anderer Art zur Herstellung der Norm in Uterus und seinen Anhängen vorzunehmen.

Endlich viertens sind Saamenthiere in lebhafter Bewegung massenhaft vorhanden, und die Conception kommt dennoch nicht zu Stande. Die Hindernisse des Zustandekommens der Conception sind hier zweifacher Art. Sie sind entweder chemischer oder mechanischer Natur. Es hat schon Dr. Sims in einem Vortrage über Sterilität der Frauen, gehalten in der New York County Med. Society, eine Anzahl Beobachtungen mitgetheilt, aus welchen hervorgeht, dass unter gewissen Umständen, das Uterin- oder Vaginalsekret der Frau als rasch tödtendes Gift auf die Spermatozoiden einwirke. Ich kann im Allgemeinen diese Beobachtungen bestätigen. Ich habe in der allerletzten Zeit Gelegenheit gehabt, den Saamen direkt aus der Scheide, in einem Falle eine Stunde, in einem andern 3 Stunden nach dem Coitus, zu untersuchen, und gefunden, dass alle Spermatozoen in beiden Fällen leblos waren, trotzdem, dass die Elemente kurz vorher in einem Condon gesammelt, in lebhaftester Bewegung gefunden wurden.

Unter solchen Umständen ist es denn die Aufgabe der Therapie, nach den schon oben erwähnten Vorschriften, die Sekretion des Uterus zu verringern, so dass ihr Einfluss sich nicht auf die ganze Masse des Saamens geltend zu machen im Stande ist. Es ist wahrscheinlich, dass die chemische Einwirkung der Sekrete der Frau, in jedem Falle, da wo eine hinreichende Menge von Spermatozoiden constatirt ist, den Einfluss der mechanischen, als Ursache der Sterilität bei Weitem überragt. Namentlich ist die Wirkung der sogenannten Dislokationen des Uterus nach dieser Richtung hin

sehr überschätzt. Was ein gesundes Saamenthier in Bezug auf Auffinden seines Bestimmungsortes unter Hindernissen zu leisten vermag, ist durch eine hinreichende Anzahl von Thatsachen in unserer Literatur bekräftigt. Jeder Gynäkologe hat Gelegenheit zu beobachten, dass unter sonst normalen Verhältnissen weder Flexionen, noch Verlagerungen der ganzen Uterinaxe ein Hinderniss abgeben. Es beruht da, wo wir es mit gesundem Saamen zu thun haben, auf einer Täuschung, wenn man glaubt, dass das Einschneiden des Muttermundes durch das Entfernen eines mechanischen Hindernisses in den Fällen, wo die Operation überhaupt etwas leistet, ihre Wirkung vollbringe. Es ist nicht das Erweitern des Kanales, sondern die durch die Operation und den Heilungsprocess veränderte Nerventhätigkeit und Circulation, die Veränderung der Ernährung und der Sekretionen, welche die Aufnahme der Spermatozoen in den Uterus, und ihre lebenskräftige Erhaltung bis zum Contakte mit dem Eie vermittelt. Denn wir sehen ebenso häufig, dass Conception erfolgt, wenn Operationen, welche eine grössere Wunde am Cervix setzen, zu andern Zwecken ausgeführt worden sind, ohne dass dabei der innere Muttermund berührt wurde. Und es gibt weniger gefährliche Behandlungsweisen, um dieselbe Umstimmung in dem physiologischen Leben des Organs hervorzurufen. Ob diese Operation oder Verfahren anderer Art, zum Zwecke der Erweiterung des Uterinkanals in den Fällen, wo normale Saamenelemente in geringer Zahl vorhanden sind, eine Bedeutung insofern haben, als sie dazu beitragen, den Eingang zur Aufnahme vieler, einfach zu erweitern, bleibt weitern Untersuchungen überlassen.

Es ist desshalb so schwierig, aus den vorhandenen therapeutischen Erfahrungen in Bezug auf Heilung der Sterilität für den einzelnen Fall das Passende zur Anwendung herauszusuchen, weil bisher ein Hauptfaktor, die Beschaffenheit der Spermatozoen, ganz ausser Acht gelassen worden ist. Und sie bilden eben, nach dem was ich beobachtet habe, den Schwerpunkt in der ganzen Frage. Brauchbare Beobachtungen über die Behandlung der Sterilität werden wir erst dann haben, wenn in jedem Falle der Saamen des Mannes vorher genau untersucht worden ist. All die vielfachen Abhandlungen über Behandlung der Sterilität, wie sie von Badeärzten, praktisirenden Aerzten und Spezialisten, oft auf recht marktschreierische Weise in die Welt hinausgeschickt worden sind, und vor Allem diejenigen, welche ein spezielles Verfahren anpreisen,

haben bis jetzt in keiner Weise das in der Praxis geleistet, was sie verprochen.

Es ist also Aufgabe in den Fällen, wo eine Frau mit latenter Gonorrhoe wegen ihrer Sterilität sich der Behandlung unterzieht, bei welcher constatirt ist, dass Spermatozoen nach Modificirung der Sekretion nicht nur lebend in der Vagina verweilen, sondern auch lebend im obern Theil des Cervix sich befinden, und dennoch keine Schwängerung eintritt, sein Hauptaugenmerk auf den Zustand der Anhänge des Uterus und namentlich der Ovarien zu richten, und alles Abnorme in der Weise zu behandeln, wie wir es in dem Abschnitte über Therapie der chronischen Perimetritis angegeben.

Schluss.

Was nun die latente Gonorrhoe beim Manne betrifft, die zu bearbeiten, wie gesagt, die Aufgabe eines Spezialisten in diesem Fache ist, so will ich an dieser Stelle ein Paar Fälle mittheilen, welche als weiterer interessanter Beitrag und zur richtigen Beurtheilung des Capitels der mangelhaften Acclimatisation dienen mögen, und insofern eine bedeutende Tragweite haben, als damit bewiesen wird, dass, wenn ein Mann einen akuten Tripper von seiner Frau bekommt, dieselbe sich nicht nothwendiger Weise einer Ansteckung mit einem andern Manne ausgesetzt haben muss, sondern, dass ihre von dem Ehemann erhaltene latente Gonorrhoe unter gewissen Verhältnissen zu solcher Entwicklung kommen kann, dass der Mann seinen vor der Heirath abgelaufenen Tripper von seiner Frau nach vielen Jahren wieder in akuter Form erlangen kann.

Da, wie ich erfahren, es nicht allgemein bekannt ist, was unter dem Namen Acclimatisation gemeint ist, so will ich zur Illustration den interessanten Fall von John Hunter aus Geigel's Geschichte der Syphilis hier mittheilen:

> 47. Ein verheiratheter Mann, der mehrere Jahre hindurch keinen geschlechtlichen Umgang als mit seiner Frau gehabt hatte, beschlief eine frühere Geliebte und bekam dabei einen heftigen Tripper. Dieses Mädchen versicherte, dass sie durchaus Nichts davon wüsste, dass sie krank wäre. Sie kamen beide in meine Behandlung. Während der ganzen Dauer derselben setzten sie ihren Umgang miteinander fort, wozu ich ohne Schwierigkeit die Erlaubniss gegeben hatte. Der Mann genas und mit dem Mädchen schien es derselbe Fall zu sein. Der Umgang dauerte noch mehrere Monate unter ihnen fort, ohne allen Nachtheil für ihn, und ohne dass sich irgend etwas zeigte, das einen Rest der Krankheit bei ihr vermuthen liess. Endlich hörte ihre Verbindung auf und das Mädchen trat in ein anderes Verhältniss. Ihr neuer Liebhaber bekam von ihr sofort einen Tripper. Sie zog mich

bald wieder zu Rathe und versicherte, dass sie allein mit den beiden genannten Männern Umgang gehabt habe, ihre gegenwärtige Krankheit also nur eine Fortsetzung derselben sein könne, an der ich sie bereits behandelt hatte. Ihr zweiter Liebhaber nahm mich nicht zum Arzt. Die Medikamente, die ich dem Mädchen verschrieb, nahm sie nur mit grosser Nachlässigkeit ein. Ihr neuer Liebhaber setzte seine Besuche bei ihr, ganz so wie der erste gethan, noch mehrere Monate nach seiner Heilung fort, ohne irgend dadurch zu leiden. Zum Unglück aber kam jener Erste nach einem Jahre wieder, und in der Meinung, dass er Nichts zu fürchten habe, da sie ja mit dem Andern ohne Nachtheil für diesen lebte, überliess er sich dem Beischlaf mit ihr, und zwar nur ein einziges Mal — und bekam einen Tripper.

Der folgende Fall ist dem vorhergehenden analog in der Hauptsache, nur dass in demselben die mangelhafte Acclimatisation nicht in der Zeit, welche zwei Cohabitationen trennt, begründet lag, sondern in dem temporären Gebrauche eines Condon's.

48. Im Jahre 1866 ersuchte mich ein junger Mann die letzten Spuren einer Gonorrhoe, welche nun schon dreiviertel Jahr in Form eines Nachtrippers fortbestanden, zu entfernen, da er gesonnen sei zu heirathen. Ich rieth den Gebrauch von immer stärker werdenden Bougies an, die endlich nach weiteren zwei Monaten eine dauernde Heilung erzielten. Er heirathete eine junge kräftige Frau, die bald darauf schwanger ward und ohne bedeutende Erscheinungen ihr erstes Wochenbett glücklich überstand. Im folgenden Jahre gebar sie wiederum ein Kind, und da sie nun anfing zu kränkeln, namentlich über weissen Fluss, Kreuzschmerzen und allgemeine Schwäche zu klagen, so glaubte der Ehegemahl sie vor einer zu raschen dritten Schwängerung schützen zu müssen, was auch erfolgreich mit Hülfe der Anwendung von Condons geschah. Beide machten zusammen eine Reise und Herr B. hatte unterlassen, sich mit einer genügenden Anzahl dieser Schutzmittel zu versehen. Er führte also nach langer Zeit den Beischlaf mit unbedecktem Gliede aus und fand zu seinem Erstaunen, dass die längst versiechte Gonorrhoe in ganz akuter Form wieder aufgetreten war. Bei der Ankunft der Familie in New-York ward ich sogleich von dem Faktum in Kenntniss gesetzt. Der Mann hatte eine vollkommen ausgebildete Gonorrhoe mit profuser eitriger Sekretion. Die Frau einen scharfen weissen Ausfluss und das dreijährige Kind dessgleichen.

Bei dem letztern entwickelte sich bald darauf eine Peritonitis, die auf die untere Hälfte des Bauches beschränkt schien, und in deren Folge das Kind schwer erkrankt darnieder lag.

Auch die Frau begann über Leibschmerzen zu klagen, und hatte bei der nächsten zur rechten Zeit eintretenden Menstruation eine sehr heftige Blutung. Ich konnte bei der Untersuchung neben Endometritis weiter Nichts als sehr schmerzhaften Douglas'schen Raum und stark

gespannte Uterosacralligamente nachweisen. Die Hämorrhagien wiederholten sich noch häufig, so dass Frau B. recht elend wurde, und theils wegen weissen Flusses, theils wegen nicht eintretender Conception noch ein Paar Jahre in Behandlung war. Etwa 3 Monate nach der akuten Erkrankung liessen sich bei der Patientin auf beiden Seiten neben dem Uterus kleine schmerzhafte Exudate nachweisen, die auf die Stellung und Beweglichkeit des Uterus indessen wenig Einfluss übten und nach und nach sich der Beobachtung auch wieder entzogen.

49. Frau S....., 35 Jahre alte, grosse, kräftiggebaute Brünette vom Lande, heirathete vor etwa 6 Jahren einen Mann, der 14 Jahre vor der Heirath eine sechswöchentliche Gonorrhoe gehabt, die von selbst heilte, da er unbekannt mit und unbekümmert um die Bedeutung des Leidens keinen Arzt consultirte.

Die Frau ward bald nach der Heirath schwanger, und der Mann hatte, namentlich da sie nach der Geburt des Kindes zu leiden begann, lange keine Gelegenheit zum Beischlaf. Als er denselben nach etwa einem halben Jahre Intermission wieder vollzog, bekam er einen gonorrhoischen Ausfluss und Anschwellung des linken Hodens.

Die Frau ist, wie gesagt, trotzdem, dass die Geburt eine leichte war und sie auch keine heftigen Entzündungserscheinungen im Wochenbett hatte, leidend seit jener Zeit, und ist steril geblieben. Sie klagt über profusen, weissen Fluss, Schmerzen am ersten Tage der sehr gering gewordenen Periode, und fortwährendes Gefühl von Brennen mitten im Leibe. Die Untersuchung zeigt eine bedeutende Erosion über beiden Lippen, Uterus geschwollen, sehr schmerzhaft.

Aehnliche Beispiele von plötzlich wieder auftauchendem Tripper, wenn auch leichten Grades, oft von Hodenentzündung begleitet, nach einem Tripper, der seit Jahren geheilt war, sind mir in etwa 6—8 Fällen von den Ehemännern mitgetheilt worden. Es ist eben dieses das Analogon der ins akute Stadium tretenden latenten Gonorrhoe bei Frauen.

Folgender Fall beweist indessen, dass gerade wie bei der Frau die Gonorrhoe auch bei dem Manne von Anfang an latent bleiben kann, um bei einer passenden Gelegenheit als akuter Tripper mit allem Zubehör seine Erscheinung zu machen.

50. Der Mann der Frau S....., deren Fall hier vorliegt, besucht mit seinem Bruder und einem Freunde ein Bordell in Pittsburgh. Alle drei beschlafen dasselbe Mädchen, zuerst der Bruder, dann der Freund, und zuletzt er selbst. Die beiden bekommen einen normalen Tripper, der nach 4 Tagen ausbricht und nun seinen gewöhnlichen Verlauf nimmt. Er selbst bekommt keinen von ihm bemerkten Ausfluss, sondern nur Schmerzen beim Uriniren, die durch Monate hindurch, selbst bis zur Heirath, welche 4 Monate nach dem erwähnten

Beischlafe stattfindet, andauern. Erst 4 Wochen nach der Heirath beginnt der Ausfluss sich einzustellen, und mit ihm eine Hodenentzündung. Er hat noch jetzt Schmerz beim Wassermachen und gelegentlich leichten Ausfluss.

Die Frau hat vor 6 Jahren ein uneheliches Kind gehabt, war aber vollkommen gesund bis zur Heirath, fängt gleich hinterher an zu leiden, bekommt Ausfluss, klagt über Kreuz- und Leibschmerzen, namentlich eine Woche vor und nach der Regel. Ein Jahr nach der Heirath Unterleibsentzündung. Seit 3 Monaten dauert Periode nur einen Tag lang.

Uterus nach rechts lateroversirt, Versuch der Aufrichtung durch Druck auf Cervix ruft Schmerz in der linken Seite hervor. Hinteres Scheidengewölbe sehr schmerzhaft. Cervix geröthet, wenig eitrig-schleimiges Sekret, keine Erosion, Vaginalcatarrh geringen Grades.

Mit der Arbeit, welche vorliegt, sind also folgende Sätze aufgestellt worden:

1) Der Tripper beim Manne, wie bei der Frau bleibt als Regel für das ganze Leben fortbestehen, trotz scheinbarer Heilung.

2) Es gibt einen latenten Tripper beim Manne, wie bei der Frau.

3) Der latente Tripper bei dem Manne wie bei der Frau vermag bei einem bisher gesunden Individuum entweder eine latente Gonorrhoe oder die Erscheinungen des akuten Trippers hervorzurufen.

4) Der latente Tripper bei der Frau manifestirt sich im Laufe der Zeit durch akute, chronische, recurrirende Perimetritis oder Ovaritis und als Catarrh einzelner Partieen der Genitalschleimhaut.

5) Die Frauen der Männer, welche zu irgend einer Zeit ihres Lebens Gonorrhoe gehabt, sind als Regel steril.

6) Diejenigen, welche schwanger werden, abortiren entweder oder gebären nur ein Kind. Ausnahmsweise werden drei und vier Kinder geboren.

7) Aus dem Sekrete der mit latenter Gonorrhoe Behafteten lässt sich ein Pilz züchten, welcher dem, aus floridem Trippersekret beim Manne gezogenen, vollkommen analog ist.

Ich bin mir nur zu sehr bewusst, dass es nicht 50, sondern 500 und mehr Beobachtungen, und weiter ausgedehnter Experimente bedarf, um den vorgelegten Propositionen die Bedeutung von feststehenden Sätzen aufzuprägen. Ich stelle sie einfach auf als Resultate meiner individuellen Forschung.

Vor Allem aber ersuche ich meine Spezialcollegen, sich nicht mehr damit zu begnügen, einzig und allein die Frauen, wie es bisher geschehen, in den Kreis ihrer Untersuchungen zu ziehen, sondern in jedem einzelnen Falle die Geschichte des Ehemanns genau zu eruiren. Es wird ihnen dann ergehen wie mir selbst.

Sie werden hören, wie der Gemahl, zuerst auf die Existenz einer syphilitischen Affektion examinirt, dieselbe mit einer gewissen Art von Indignation von sich weist, während der Tripper als etwas von selbst verständliches zugegeben wird. So fest sitzt das Bewusstsein beim Volke, dass ein Tripper absolut keine Bedeutung habe, dass viele Patienten sich überhaupt wundern, dass man sie wegen einer solchen Bagatelle befragte.

Ich weiss nicht, wie die Verhältnisse in andern Städten sich gestalten, ich wusste nicht, wie der Zustand der Dinge in New-York war, bis ich den Mann einer jeden Frau, die zur Behandlung kam, examinirte. Und ich glaube, man kann mit Ricord auch hier annehmen, dass von 1000 Männern 800 Gonorrhoe gehabt haben.

Es wird mir erwiedert werden, wenn nun alle Männer krank sind, so müssen doch consequenter Weise, nach den Erörterungen dieser Schrift, auch alle Frauen erkrankt sein. Und ich antworte darauf, sie sind auch alle erkrankt. Es ist soweit gekommen, dass junge Damen sich fürchten, in die Ehe zu gehen, weil sie wissen, dass alle ihre Bekannte sofort erkrankt und nicht wieder gesund geworden. Und ich bin überzeugt, dass alles das, was ich hier in Bezug auf New-York behaupte, sich in eben demselben Maasse in allen grossen Städten des europäischen Continents vorfinden wird, da meine Erfahrungen zu zwei Drittheil wenigstens bei Eingewanderten gemacht worden sind, die sich ihre Krankheit in Europa erworben hatten. Ich bin fest überzeugt, dass die enorme Vermehrung der Uterinkranken in unserer Zeit sich theilweise aus der gesteigerten Cultur erklären lässt, deren Hauptausdruck, der erleichterte Verkehr zwischen Staaten und Continenten, alles das mit sich bringt, was die Erlangung und Ausbreituug der ansteckenden Geschlechtskrankheiten befördert. Wenn ich die Fälle von Uterinkrankheiten, welche mir zur Behandlung sich vorstellen, in zwei Classen theile, diejenigen, welche nach der Heirath mit Männern, welche angesteckt waren, und diejenigen, welche entstanden in der Ehe mit nicht inficirten Männern, so ist die erste Classe so unvergleichlich grösser, dass wir gar keine der vielen andern Theorien, welche

aufgestellt worden sind, nöthig haben, um das Zunehmen der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane zu erklären.

Wenn sich aber die Sache wirklich so verhält, wie ich sie zu schildern versucht habe, so erklärt sich hieraus erstens das, jedem Specialisten bekannte, Faktum, dass Bordelldirnen, bei denen sich trotz der genauesten Untersuchung Nichts Krankhaftes auffinden lässt, doch im Stande sind, einem gesunden Manne einen regulären Tripper zu geben, und es erklärt sich zweitens die bekannte Thatsache, dass Bordellbeaufsichtigung, so bedeutend ihre Wirksamkeit in Bezug auf Verhütung der syphilitischen Ansteckung ist, mit Rücksicht auf Schutz vor Tripperansteckung nahezu Nichts leistet. Ist es ja doch das einzige Objekt der polizeilich-medicinischen Untersuchungen, die Gegenwart einer floriden Gonorrhoe aufzudecken und zu behandeln. Die latente, an welcher jede femina publica leidet, ist aber der Heilung nicht zugänglich, und wird wahrscheinlich so oft Ursache der Ansteckung beim Manne werden, wie dieselbe Erkrankung vom Manne auf dessen Frau sich überträgt.

Wenn nun aber ein Mann, indem er ein Bordell besucht, nicht nur seine eigene Gesundheit riskirt, wie man bisher geglaubt, sondern auch den Keim zur Ansteckung seiner künftigen Gattin mit sich bringt, so dass wirklich die Gesundheit der Frauen im Grossen untergraben und deren Fähigkeit zur Kindererzeugung bedeutend herabgesetzt wird, so ist es wohl an der Zeit, dass die Sanitätspolizei auf Mittel und Wege sinne, um doch einigermaassen dem Uebel Einhalt zu thun.

Von einer radikalen ärztlichen Behandlung des Mannes, erwarte ich so lange Nichts, bis nicht die Erkenntniss der Bedeutung dieses Zustandes Jeden, der einen unreinen Beischlaf ausgeübt, dazu treibt, den Arzt sofort zu sehen, noch ehe eine Spur des sich etablirenden Trippers an dessen Gegenwart ihn mahnt.

Druck von Fischer & Wittig in Leipzig.

Inhaltsverzeichniss.

	Seite
Vorwort	VIII
Einleitung und Begriffsbestimmung	1
Formen der Erkrankung	5
I. Akute Perimetritis	5
Fall 1—7	15
II. Recurrirende Perimetritis	20
Fall 8—14	26
III. Chronische Perimetritis	41
Fall 15—34	55
IV. Ovaritis und Catarrh	67
Fall 35—44	74
Fruchtbarkeitsverhältnisse bei latenter Gonorrhoe	81
Fall 45—46	84
Behandlung	88
der akuten Perimetritis	89
der chronischen Perimetritis	96
des Catarrhes	97
der Exudate	105
der Ovaritis	109
der Blutungen	111
der Sterilität	114
Schluss	120
Fall 47—50	121

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

Makers
Syracuse, N. Y.
PAT. JAN. 21, 1908

N34
N76
1872
Noeggerath, E.
Die latente Gonorrhoe im weiblichen Geschlecht.
15353
NAME
DATE DUE